# العلاج بالقراءة

## لدى الأطفال المرضى

تأليف دكتور/ محمود أحمد عبد الرحمن

تقديم

أ. د./ زين الدين عبد الهادى          أ. د./ محمد نصر الدين صادق











# العلاج بالقراءة
# لدى الأطفال المرضى

# العلاج بالقراءة لدى الأطفال المرضى


تأليف

د. محمود أحمد عبد الرحمن

تقديم

أ.د. زين الدين عبد الهادى

أستاذ ورئيس قسم المكتبات والمعلومات
كلية الآداب - جامعة حلوان

أ.د. محمد نصر الدين صادق

أستاذ الطب النفسى – كلية الطب
جامعة القاهرة





الناشر

المكتبة الأكاديمية

شركة مساهمة مصرية

٢٠١٤

**بطاقة فهرسة الكتاب :**

عبد الرحمن، محمود أحمد.
العلاج بالقراءة لدى الأطفال المرضى/ تأليف محمود أحمد عبدالرحمن ،
تقديم زين الدين عبد الهادى . — ط١ . — الجيزة: المكتبة الأكاديمية،
٢٠١٤.
تدمك: ٩ – ٥١٥ – ٢٨١ – ٩٧٧ – ٩٧٨
١- العلاج بالقراءة.
٢- الأطفال المعوقون – رعاية وعلاج.
أ- عبد الهادى، زين (مقدم)
ب-العنوان ٦١٥,٨٥١٦

رقم الإيداع: ٢٠١٣/٢١٧٣٠

## حقوق النشر

**الطبعة الأولى ٢٠١٤م - ١٤٣٥هـ**

**حقوق الطبع والنشر © جميع الحقوق محفوظة للناشر :**

**المكتبة الأكاديمية**

شركة مساهمة مصرية
رأس المال المصدر والمدفوع ١٨,٢٨٥,٠٠٠ جنيه مصرى

**١٢١ شارع التحرير - الدقى - الجيزة**
**القاهرة - جمهورية مصر العربية**
**تليفون : ٣٧٤٨٥٢٨٢ - ٣٣٣٦٨٢٨٨ (٢٠٢)**
**فاكس : ٣٧٤٩١٨٩٠ (٢٠٢)**

**لا يجوز استنساخ أى جزء من هذا الكتاب بأى طريقة كانت إلا بعد الحصول على تصريح كتابى من الناشر .**

# إهداء

إليـــها . .

إلى من علقت عليها آمالي في اجتياز هذا الدرب الطويل

إلى من آثرتني على نفسها . . فكانت نعم الزوجة والصديقة

إلى زوجتي . . هبــة

وإليهما . . مريـم ويوسـف

زهرتان تتفتحا مع الأيام فتزلل أمامي كل الصعاب

وإليـهم . . إلى جميع الأطفال

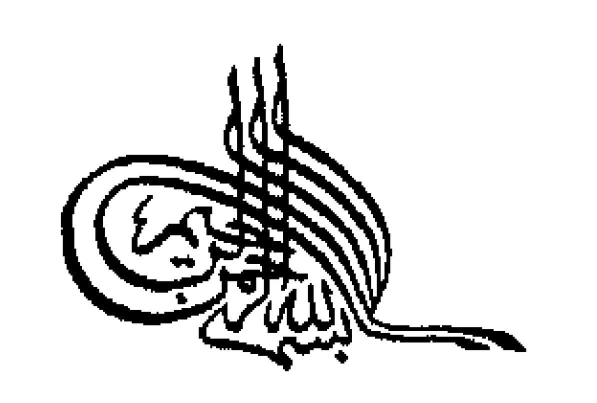
بنفوسهــم النقيـة

وضحكـاتهم الرائـعة

ودموعــهم الموجعــة

أهدي هذا الكتاب . . لعل قصدي منه يسعدهم ويخفف آلامهم

د . محمود عبد الرحمـن



﴿اقْرَأْ بِاسْمِ رَبّكَ الّذِى خَلَقَ* خَلَقَ الإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ* اقْرَأْ وَرَبُكَ الْأَكْرَمُ* الّذِى عَلّمَ بِالْقَلَمِ* عَلّمَ الإنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ﴾

(سورة العلق – الآيات: ١– ٥)

# قائمة المحتويات

رقم الصفحة



**الفصل الثالث**

**سرطان الطفولة والاضطرابات النفسية**



**الفصل الرابع**

**إجراءات تجربة العلاج بالقراءة لأطفال مرضى السرطان**

رقم الصفحة

## الفصل الخامس

## نتائج التطبيق ومناقشتها

## تقديم

هذا العمل ينتمي لفئة جديدة من العلوم، يطلق عليها العلوم البينية، ويطلق على أساتذتها اسم الإنسانيون الجدد أو New Humanists، والهدف من هذه العلوم هو الجمع بين حقلين معرفيين أحدهما ينتمي للعلوم الإنسانية والآخر ينتمي للعلوم التطبيقية، فهذه الدراسة تجمع بين علمي المكتبات والمعلومات من ناحية، وعلم النفس التطبيقى من ناحية أخرى، وكذلك الطب أو طب الأطفال من ناحية ثالثة.

أحسب أن د. محمود عبد الرحمن قد عاني كثيرا في سبيل إعداد هذا الكتاب، نظرا لأن العلاج بالقراءة موضوع كبير حصل على اهتمام عالمي كبير مؤخرا في دراسات عديدة قدمت على مستوى العالم، والكتاب الذي بين أيدينا هو في الأصل أطروحة دكتوراه تم فيها إجراء تجربة ضخمة على الأطفال المرضى لاكتشاف إيجابيات العلاج بالقراءة.

هذه التجربة تمت في واحدة من أشهر مستشفيات الأطفال في مصر والوطن العربى، وهي مستشفى ٥٧٣٥٧، وهي مستشفى حديث تم إنشاؤها من أجل معالجة الأطفال من هذا المرض العضال، ولعل القراءة والموسيقى يمكن أن يكونا طرفين في غاية الأهمية للتخفيف من حدة المرض لدى الطفل من جانب، وأيضا لتجنب الآثار الناجمة عن العمليات والجراحات التي يمكن أن يتعرض لها الطفل من جانب آخر.

والقراءة في مفهومها تعني فك الرموز، ولها أهداف عديدة يذكر منها الحصول على المعرفة والحصول على المتعة ومنها أيضا الثقة بالنفس، وأخيرا أنها يمكن أن تعمل – كعامل مساعد – على هدوء واسترخاء الطفل، وهو مايمكن أن يساعد على شفائه وتجنيبه كثيرا من المخاطر.

لقد رشحت هذا العمل للنشر والقراءة نظرا لما تتمتع به مادته من خصوبة، ولتعم فائدته في الحقول العلمية الثلاثة: المكتبات، والطب النفسي، وطب الأطفال، وأيضا للآباء والأمهات للتعرف على أهمية القراءة في حياة الطفل، وخاصة في حياة الطفل المريض.

**أ.د. زين الدين عبد الهادي**

## تقديم

تجربة جديدة في مجال العلوم الإنسانية، وهي ربط الطب النفسي وطب الأورام كعلوم تطبيقية مع مجال المكتبات والمعلومات باعتباره ضمن العلوم الإنسانية، وبعد اطلاعي على هذا الكتاب عندما كان أطروحة تقدم بها المؤلف للحصول على درجة الدكتوراه وكنت مشرفاً عليه أدركت أن العلاج بالقراءة يمثل جانباً إيجابياً مضيئاً لعلم المكتبات والمعلومات، فهو يساعد الأشخاص الذين يحتاجون إلى حل مشكلاتهم النفسية والاجتماعية باستخدام بعض المواد القرائية وفقاً لخطة عمل محددة.

غير أننا اليوم بصدد كتاب لم يقصر العلاج بالقراءة على الأمراض النفسية بل تطرق إلى استخدامها كعلاج موازٍ لأخطر الأمراض العضوية وهو السرطان ومع فئة تحتاج لأقصى درجات العناية في التعامل وهم الأطفال وخاصةً أثناء المرض، وأدركت معاناة المؤلف عند إعداد هذا العمل فقد قرأ العديد من المراجع العربية والأجنبية في مجال العلاج بالقراءة، والطب النفسي، وعلم النفس، وطب الأورام وركز اهتمامه على أورام الأطفال ليخرج هذا الموضوع بهذه المعالجة الرائعة إلى النور.

وقد أثبت هذا العمل حقيقة، وهي استحالة فصل متغير علاجي بذاته باعتباره العامل الأوحد المسئول عن التحسن أو الشفاء، وأن هناك صعوبة فائقة في فصل الوظائف النفسية بعضها عن بعض أثناء التناول الوصفي للمرض النفسي والتناول العلاجي، وأن محاولة فهم أطفال مرضى السرطان الذين يعانون من ظواهر نفسية سلبية نتيجة مرضهم وإقامتهم بالمستشفى لفترات قد تطول، وبعدهم عن عائلاتهم وأترابهم، ونتيجة للبرامج العلاجية المكثفة، ينبغي أن تتم بصياغة كل حالة من هذه الحالات على حدة، صياغة تفصيلية تشكل في النهاية صورة محددة المعالم مهما بدا فيها من ثغرات نتيجة المرض والتدهور، وهذا يظهر مدى صعوبة المعاناة التي يتعرض لها القائم على الدراسة التطبيقية للوصول إلى نتائج حقيقية، والوصول إلى أفضل النتائج المرجوة من هذه البرامج العلاجية عن طريق القراءة الموجهة كأسلوب إيجابي من أساليب العلاج الموازي والذي لا يقل أهمية عن أساليب العلاج الأخرى.

وأنا في مجالي بالطب النفسي قرأت الكثير في العديد من المجالات من كتب ومقالات، وحضرت العديد من المؤتمرات في مجال علم النفس الإكلينيكى، وأرى أن هذا الكتاب الجديد هو إضافة طيبة لباحث متميز، وهو كتاب جدير بالقراءة من جانب المتخصصين في مجال المكتبات والمعلومات، وأيضاً من جانب المتخصصين في مجال الطب النفسي وعلم النفس.

وإني أؤكد ترشيحي لنشر هذا الكتاب لما له من فائدة عظيمة في هذه المجالات المختلفة، ولنشر هذا الأسلوب العلمي الممنهج في سبيل علاج الظواهر النفسية السلبية المختلفة التي تنجم عن الأمراض العضوية، ولما له من أهمية في سبيل تطبيق مثل هذه البرامج العلاجية مع مختلف الفئات والأمراض العضوية والنفسية الأخرى.

**أ.د. محمد نصر الدين صادق**

## المقدمة

يقع هذا العمل على المنطقة الحدودية الفاصلة بين مجالات الطب النفسي وعلم النفس والمكتبات والمعلومات، حيث يتناول من منظور مكتبي بحث موضوع العلاج بالقراءة بوصفه أحد أنماط العلاج المعرفي السلوكي والذي يركز على التغيير المباشر لكل من العملية المعرفية والسلوك، كما يهدف إلى تصحيح التفكير المشوه الذي يؤدي إلى مشاعر وسلوكيات سلبية، ومن ثم الانهزام والتدمير الذاتي، وبالتالي يمكن إحلال نمط آخر من التفكير أكثر اتزاناً يقود إلى سلوك أكثر فعالية وإفادة بدلاً من التفكير المختل، واعتبار العلاج بالقراءة عملية يتم فيها استخدام الإنتاج الفكري بغض النظر عن الشكل المادي الذي صب فيه، ثم إقامة حوار حول هذا النتاج الفكري بشكل منهجي منظم ضمن برنامج علاجي سابق الإعداد يهدف إلى مساعدة فرد يعينه أو مجموعة أفراد في التغلب على ما يعانونه من مشاكل نفسية أو صحية أو اجتماعية، وذلك من خلال التبصير بأبعاد تلك المشكلة كخطوة أولى نحو حلها أو التعايش معها، ويتولى هذه المسئولية "المعالج بالقراءة" Bibliotherapist.

لذا فهو يبعد عن أن يكون محاولة تعدٍ على تخصص الطب النفسي أو علم النفس بقدر ما هو محاولة صادقة لتأكيد حق أصيل لتخصص المكتبات والمعلومات في الإسهام اعتماداً على نماذج الإنتاج الفكري الذي تزخر به المكتبات في سبيل تحقيق إفادة فعلية لهؤلاء الأطفال الذين يعانون من مشكلات نفسية ناجمة عن الإصابة بالسرطان وعلاجاته المختلفة.

وقد حث الله تعالى – في أول ما نزل من كتابه الكريم – على القراءة، قال تعالى: بسم الله الرحمن الرحيم (اقرأ باسم ربك الذي خلق، خلق الإنسان من علق، اقرأ وربك الأكرم، الذي علم بالقلم، علم الإنسان ما لم يعلم)[1]، وهذا يؤكد على أهمية القراءة لتوسيع المدارك، والتعلم، كما ذكرت القراءة في العديد من السور بالقرآن الكريم: منها قوله تعالى: (فاقرأوا ما تيسر من القرآن)[2]، ثم أعاد الدعوة بنفس الآية

1) سورة العلق، الآيات من 1 – 5.

2) سورة المزمل، الآية 20 .

فقال: (فاقرأوا ما تيسر منه)، وقد كان ذلك تخفيفاً على المرضى، والذين يعملون ويبتغون من فضل الله بحثاً عن الرزق الحلال، والمجاهدين[1]، ونجد في الآية أن الله تعالى قد خفف عليهم ولم يعفهم من القراءة لما لها من أهمية وقدرة على علاج النفس، فقراءة كلمات الله في جميع الكتب السماوية تبعث على الطمأنينة، وانشراح الصدر، وعلاج النفس، وهي خير دواء من علل الظواهر النفسية السلبية التي قد تصيب الإنسان من مصاعب ومشاكل الحياة المختلفة.

ورغم تعدد مصادر المعلومات من مقروءة ومسموعة ومرئية وشبكات الانترنت التي أصبحت لا غنى عنها لجميع الأغراض العلمية والتعليمية والترفيهية، فلايمكن أن نقلل من أهمية المادة المقروءة، فهي لها مفعول السحر في التأثير والتفاعل وترك العنان للخيال الخصب مع الكلمات والصور وما توحي به لكل قارئ على حدة.

ورغماً عن دعاوى البعض بأن الانترنت أصبح في المقام الأول وأن قراءة الكتب الالكترونية على الصفحات المضيئة، والتي تعطينا إمكانات تحديد حجم ولون الخط بل وشكله كما نريد، سوف تغني عن القراءة في الكتب، فإنني أود التأكيد على أن هذا غير دقيق، وأن القراءة أنواع: فمنها القراءة العلمية أو البحثية بغرض كتابة الأبحاث العلمية، وهذا النوع من القراءة يفضل أن تكون على صفحات الانترنت، والكتب الالكترونية، وهناك القراءة المعلوماتية والتي يكون الغرض منها الحصول على معلومة محددة، فهي تشبه القراءة المرجعية، ويصلح لهذا النوع من القراءة الأوعية غير التقليدية مثل الكومبيوتر بمعالجاته المختلفة للمعلومات، وكذلك تصلح الأوعية الورقية من موسوعات ودوائر معارف تقليدية، وقد يتحكم عمر الشخص في أي الأنواع أكثر ملاءمة عن غيره، بينما هناك نوع ثالث من القراءة وهو القراءة بغرض المتعة والثقافة، أو القراءة الترفيهية وهنا يلعب الوعاء التقليدي أو الورقي دوراً في غاية الأهمية لتحقيق هدف المتعة من خلال القراءة، كما أن العناصر الشكلية للمادة المقروءة من شكل الخط، والمواد المصاحبة، وحجم الكتاب، وشكل الغلاف، ولون الورق، بل ورائحة الورق تلعب دوراً هاماً في إحداث نوعٍ من الألفة والتفاعل بين القارئ والكتاب لتحقيق الهدف من المادة المقروءة.

1) جلال الدين السيوطي. تفسير الجلالين pdf http://www.m3mare.com/vb/showthread.php?10131-%DF%CA%C7%C8-%CA%DD%D3%ED%D1-%C7%E1%CC%E1%C7%E1%ED%E4-%E3%E1%DD-pdf

هذا فيما يتعلق بالقراءات البحثية، والمعلوماتية، والمتعة، أما القراءة العلاجية الموجهة فالأمر يختلف تماماً، والكتاب أو المجلة الورقية يتصدران العامل الأول ضمن العوامل المؤثرة في القارئ المستهدف بالعلاج، ومدى تفاعله مع المادة المقروءة، مما يساعد على تحقيق الأهداف المطلوبة من قراءتها، وتمثل هنا جميع العناصر الشكلية والموضوعية المختلفة للوعاء، وعمر الشخص المستهدف بالعلاج بالقراءة أهمية قصوى في التأثر بالمادة القرائية الموجهة لهذا المريض وفقاً لمفرداته الخاصة التي يختلف فيها كل شخص عن الآخر، بل ويختلف الشخص نفسه من وقت لآخر وفقاً لحالته المزاجية والصحية، وبالتالي يختلف أسلوب المعالجة، والمادة القرائية الموجهة له.

ونظراً لأن العلاج بالقراءة موجه هنا لفئة محددة وفي حالة خاصة، وهم الأطفال المصابون بمرض السرطان، فسوف يكون التركيز على مدى تطبيق هذا النوع من العلاج الموازي داخل المستشفيات والمؤسسات الطبية.

وقد حظى القطاع الطبي علي مستوي العالم باهتمام كبير لأنه يتعلق بصحة الإنسان، ومن أجل ذلك تم تشييد الكليات الطبية لتخريج الطبيب الكفء، وبناء المستشفيات لاستقبال المرضي وعلاجهم، بهدف الارتقاء بمستوى الرعاية الصحية، والخدمات العلاجية، وزيادة علي ذلك أخذ العالم في التحول نحو المراكز الطبية المتخصصة في أمراض معينة أو فئة معينة من المرضي.

ولأن المستشفي بتعريفاتها المتعددة هي مؤسسة علاجية تمتلك مكاناً لإيواء المرضي والمصابين، وتحتوي علي فريق طبي منظم يتمتع بتسهيلات وخدمات طبية، وتمريضية لإعطاء المرضي التشخيص والعلاج اللازمين، وتقديم الرعاية الصحية من علاج ووقاية، ولأن المريض قد تطول فترة إقامته أحياناً بالمستشفي لتلقي العلاج، وأيضاً لأن القطاع الطبي سريع التغير في معلوماته، وإمكاناته العلمية، لذا ظهرت الحاجة إلى وجود المكتبات في هذه المستشفيات والمراكز الطبية من أجل خدمة فريق العمل بالمستشفي من الأطباء ومساعديهم من التمريض والفنيين والموظفين، هذا بالإضافة إلي المرضي، واحتياجاتهم من المعلومات.

وقد تزايد في العصر الحديث الاهتمام بمكتبات المستشفيات، فقد بلغت في الوقت الحالي موقعاً متميزاً، ولم يعد دور مكتبة المستشفي يقتصر علي اقتناء أهم وأحدث

الأبحاث والحصول علي أحدث المعلومات في المجالات الطبية التي تتخصص فيها المستشفي، ولكنها تعدت هذا الدور التقليدي وتعاظمت أهميتها، فقد أصبحت تقدم خدمات مكتبية ومعلوماتية علي أرقي المستويات للأطباء العاملين بالمستشفي والهيئة التمريضية المعاونة، وكذلك لجميع العاملين بالمستشفي في مختلف التخصصات لتساعدهم علي أداء مهامهم علي أكمل وجه، بل وتطور هذا الدور وصولاً بمشاركة المكتبة جنباً إلي جنب مع الطبيب في علاج المرضي من خلال القراءة العلاجية "Bibliotherapy" وخاصةً في مستشفيات العلاج النفسي والعصبي، أو المستشفيات التي تعالج الأمراض المزمنة والتي تطول فترة العلاج بالمرضي، أو تكون للأدوية تأثير علي الحالة النفسية للمريض كما هو الحال بمستشفيات الأورام من خلال العلاج الكيميائي والذي يكون له تأثير سلبي على الحالة النفسية والعصبية للأطفال المرضى الذين يتناولون علاجهم لفترات داخل المستشفى، أو العلاج بعد إجراء العمليات الجراحية بغرض الوقاية من انتشار الأورام بأماكن أخرى مختلفة.

ومع وضوح أهمية هذا القطاع من المكتبات والدور الذي تلعبه في حياة المجتمع المحيط بها تبدو أهمية القراءة كوسيلة لتوعية المرضى وأسرهم بطبيعة المرض الذي يتعايشون معه، وكيفية التعامل معه، والوقاية من مخاطره قدر الإمكان، وما هي السلوكيات الواجب اتباعها داخل محيط الأسرة خاصة والمجتمع بوجه عام حفاظاً على أفراد الأسرة من تكرار الحالة نتيجة السلوكيات الخاطئة، وكذلك الدور الإيجابي للقراءة في حياة المرضى كعامل مساعد في العلاج، ومدى تأثير القراءة في التخفيف من الضغوط النفسية والعصبية، مما يترتب عليه التخفيف من حدة الآلام العضوية، ويكون ذلك بوضع برنامج للعلاج بالقراءة بالتعاون بين متخصص المكتبات الطبية والطبيب النفسي المعالج، حيث يختلف تشخيص كل حالة عن الأخرى وفقاً لتاريخها المرضي والاجتماعي داخل أسرته بمجالها المحدود وبيئته بمجالها الواسع.

هذا هو مفهوم مكتبات المستشفيات في الدول المتقدمة، أما واقع مكتباتنا الطبية في مصر خاصة والدول العربية بوجه عام فإنه يختلف تماماً، فمكتبات المستشفيات إن وجدت، مازالت تمارس الدور التقليدي لها من خلال اقتناء المراجع وشراء بعض الدوريات الطبية، أو الاشتراك في بعض قواعد بيانات النصوص الكاملة التي تعاون الأطباء في عملهم وإعداد أبحاثهم العلمية دون الاهتمام بالفئات الأخرى داخل المستشفي،

علي الرغم من أن مكتبة المستشفي هي النافذة الوحيدة لهم في الحصول علي المعرفة والمعلومات، ولا يمكن لهم الوصول إلي أنواع أخري من المكتبات.

وتعد مستشفى سرطان الأطفال نموذجاً متميزاً في مصر والوطن العربي، فقد أنشئت على غرار مستشفى سان جود بأمريكا لعلاج سرطان الأطفال، مما جعلها حالة متفردة يمكن الاعتماد عليها من حيث الظروف الملائمة، والأدوات المتاحة في سبيل القيام بدراسة تطبيقية للتعرف على مدى تأثير العلاج بالقراءة على أطفال مرضى السرطان، والتعرف على المعايير اللازمة للقيام بتطبيق هذا النوع من العلاج الموازي والذي لا يقل أهمية عن أنواع العلاج الأخرى.

ونظراً لحداثة تجربة تطبيق العلاج بالقراءة بمصر خاصةً والوطن العربي بوجه عام من حيث وجود مستشفى ملائم لعلاج سرطان الأطفال ويشمل عددًا من المكتبات خاصة بالمرضى، كان من الواجب استثمار ذلك لصالح الأطفال المرضى ووضع معايير لبرنامج قرائي للمساعدة في علاجهم، وعدم تعرضهم للانتكاسات النفسية المختلفة أثناء فترات العلاج، ويكون ذلك ثمرة للتعاون بين طبيب الأورام، والطبيب النفسي، وأخصائي المعلومات المسئول عن المكتبة.

هذا ويشرف العمل وصاحبه بقيام كل من الأستاذ الدكتور زين الدين عبد الهادي أستاذ ورئيس قسم المكتبات والمعلومات بجامعة حلوان، والأستاذ الدكتور محمد نصر الدين صادق أستاذ الطب النفسي بكلية الطب – جامعة القاهرة بتقديمهما لهذا العمل.

وختاماً أرجو أن يتقبل الله تعالى هذا العمل قبولاً حسناً، وأن يستفيد منه كل من يحتاج إليه، فهو من وراء القصد.

د. محمـود أحمد عبد الرحمـن
Mahmoud.abdelrahman2009@gmail.com

# الفصل الأول

# مستشفى سرطان الأطفال 57357 ومكتباتها: نبـذة تعريفيـة

- تمهيد
- المستشفيات: خلفية تاريخية
- مكتبات المستشفيات
- تطور معايير المكتبات الطبية
- مستشفى سرطان الأطفال 57357
  - نبذة تاريخية
  - تجهيز المستشفى بالتكنولوجيا
  - التصميم الداخلي والخارجي للمستشفى
  - أهداف المستشفى ووظائفها
- مكتبات مستشفى 57357
  - وصف عام
  - خدمات المعلومات

# تمهيـــد

يعد الاهتمام بالمنظمات الصحية إحدى العلامات التي تدل على اهتمام الدولة بتحقيق التنمية الاجتماعية، سواء أكان ذلك الاهتمام من القطاع الحكومي، ويندرج تحته جميع المستشفيات الحكومية على سبيل المثال مستشفى قصر العيني، والدمرداش، والحسين الجامعي، أو عن طريق الهيئات والجمعيات الخيرية والتبرعات، وتشمل جميع المستشفيات التي تقوم على التبرعات من أشخاص ويقع تحتها مستشفى سرطان الأطفال – مصر ٥٧٣٥٧، أو مستشفيات القطاع الخاص، ويندرج تحتها جميع المستشفيات التي تعتمد على رؤوس أموال أشخاص، وتقدم جميع خدماتها بمقابل مادي يتم تحديده داخلياً من إدارة المستشفى وفقاً لمستوى الخدمات والتجهيزات بالمستشفى.

كما أن هذه الأموال التي تنفق في هذا الصدد ليست قليلة مما يتطلب أن تكون الخدمات المقدمة من خلال هذه المؤسسات على اختلافها ذات مستوى مرتفع يتناسب مع النفقات، ويمكن تحقيق ذلك من خلال توفير الكفاءات الطبية والفنية والإدارية المؤهلة والمدربة جيداً، وكذلك توفير ما يلزمها من أماكن وأجهزة ومستلزمات حديثة تتفق مع طبيعة التطور المتلاحق في هذا المجال وما يستتبعه من مجالات معاونة.

ونجد أن هناك أهدافاً تسعى إلى تحقيقها جميع المنظمات الصحية على اختلاف أنواعها والتي من أهمها(1):

- تحقيق مستوى مرتفع من الرعاية الطبية الجيدة أو المتميزة وفقاً لحجم المنظمة الصحية وإمكاناتها، مما يتطلب توفير وسائل الراحة والرفاهية للمرضى من طعام جيد، وغرف انتظار، وفحص، وإقامة بمستوى متقدم، وأيضاً خدمات أخرى مثل تعليم المرضى، وتوعية أسرهم، وتقديم الخدمات المكتبية الجيدة بغرض البحث لاستكمال العملية التعليمية، وكذلك القراءة الحرة لتحقيق المتعة وتحسين الحالة النفسية، مما يستتبعه ارتفاع قدرة الجهاز المناعي لدى المريض، ويساعد ذلك على

---

1) محمود محمود السجاعي. محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية: مدخل نظم المعلومات. – ط٢ .– القاهرة: كورنر بوك للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨. – ص ص٢٥ – ٢٧.

الشفاء، كذلك تجهيز غرف للألعاب وأخرى لمشاهدة التليفزيون وخاصةً بمستشفيات الأطفال مثل مستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357.

- تشجيع البحث العلمي في المجالات الطبية والعلوم وثيقة الصلة بالصحة، ويساعد على ذلك وجود مكتبات متخصصة بنوعيها التقليدي والرقمي في مختلف المجالات الطبية، والمجالات المساعدة التي تهم جميع العاملين بمختلف فئاتهم بهذه المؤسسات، وكذلك سجلات طبية منظمة تعتبر بنكاً للمعلومات مما يساعد الباحثين على القيام ببحوثهم بفاعلية ودقة، كذلك وجود المعامل الإكلينيكية والتجهيزات الطبية التي تتيح الفرصة للباحثين في إكمال بحوثهم التطبيقية.

وتعد مكتبات المستشفيات إحدى فئات مرافق المعلومات التي تقوم بخدمة فئات معينة من المستفيدين، وهي تلك الفئة التي لا يمكنها الوصول أو الاتصال بالفئات الأخرى من المكتبات مع زيادة الاهتمام بالقراءة كوسيلة علاجية (ببيليوثيرابي Bibliotherapy). هذا عن المرضى، أما بالنسبة للأطباء المتخصصين، والوظائف المساعدة، والعاملين بالمؤسسات الصحية على اختلاف تخصصاتهم، فإن من الأهداف الأساسية التي تقوم عليها مكتبة المستشفى خدمة تلك الفئات من المستفيدين التي تحتاج لنوعية أخرى من الخدمات، تختلف كلياً عن تلك المقدمة للمرضى[1].

وجدير بالذكر أن معظم المراجع في مجال الجودة والإدارة بالمستشفيات في المنطقة العربية تكتفي بالسجلات والمعامل والتجهيزات الطبية كمقومات للبحث العلمي في مجال العلوم الصحية، ولم تتعرض لأهمية دور المكتبات الحديثة، بما فيها من كتب ومراجع، وقواعد بيانات، ومكتبات رقمية تحتوي على العديد من الكتب الالكترونية في المجالات الطبية والمعاونة على تشجيع البحث العلمي، وأهمية دور المكتبة في العلاج الموازي للمرضى، بينما يتضح ذلك منذ عقود بأمريكا ودول أوربا من خلال الكتب والمقالات المتعددة والمنشورة في هذا المجال.

ويتم التعرض في هذا الفصل لمكتبات مستشفى سرطان الأطفال ٥٧٣٥٧ وعددها خمس مكتبات بما فيها المكتبة المركزية للمستشفى، وسيتم دراسة هذه المكتبات من

---

1) أماني محمد محمد السيد. مكتبات المستشفيات في مصر: دراسة ميدانية، أطروحة (ماجستير)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم المكتبات والوثائق والمعلومات، 2000 . – ص2.

مختلف الجوانب الإدارية والفنية، حيث يعكس هذا الفصل مدى إدراك القائمين على المستشفى بأهمية دور المكتبة من عدمه للأطباء، والعاملين بها، والمرضى، كما يبين أهداف مكتبات المستشفيات، والوظائف التي تساعدها على تحقيق هذه الأهداف، ولأي مدى يمكن تطبيق تجربة العلاج بالقراءة، حيث ينبغي توفر العناصر والأدوات الأساسية للتطبيق، ويسبق ذلك تعريف بمفهوم المستشفى وخلفية تاريخية موجزة عن المستشفيات وأنواعها ووظائفها، وعن مستشفى سرطان الأطفال 57357.

# المستشفيات: خلفيـــة تاريخيـــة

**تمهيد:**

لقد عرف الطب منذ عصور ما قبل الميلاد، ومن أشهر الأطباء المصريين في علم الطب قديماً "أمنحتب" وزير الملك "زوسر" وقد جعلوه رب الشفاء، وقد اكتشفت عدد من البرديات خلال عصور ما قبل الميلاد تشير لأهمية الطب المصري مثل: بردية "إيبرز" واشتملت على ٨٧٧ وصفة طبية لعلاج الأمراض وأعراضها، وأيضا بردية "سميث" والتي ورد بها ٤٨ حالة مرضية، إلا أن كل هذه الممارسات الطبية كانت من خلال الزيارات لحالات فردية، وليست من خلال أماكن مخصصة للعلاج[1].

كما عرفت المستشفيات منذ عهد الرسول صلى الله عليه وسلم، وبالتحديد إبان غزوة الخندق (٥هـ،٦٢٧م) عندما أمر بضرب خيمة متنقلة للصحابية رفيدة بنت سعد الأسلمية، وكانت أول مستشفى حربي متنقل لتطبيب الجرحى، وبتطور الدولة الإسلامية تطورت هذه المستشفيات من متنقلة لثابتة وكانت يطلق عليها "البيمارستان"، ثم أخذت في التطور إلى أن وصلت لما هي عليه الآن.

وفيما يلي نتناول الخلفية التاريخية للمستشفيات قبل التعرض لمستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357 محل التطبيق.

1) http://archive.hawaaworld.com , (Cited 3/3/2012)

## أولاً : تعريف مفهوم المستشفى:

عرف قاموس المورد[١] المستشفى بأنها "مأوى، ملجأ خيري، محل لإصلاح بعض الأدوات".

كما عرفها زهير حنفي بأنها "مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم، ولذلك فإن لها طابعاً مميزاً عن عيادة الحي والمركز الصحي وعيادة الطبيب من حيث إنها تحتوي في داخلها على أسرة لإيواء المرضى"[٢].

وعرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات American Hospital Association المستشفى بأنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للإقامة وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة، وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازم"[٣].

بينما عرفت لجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization المستشفى بأنها "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض"، ومن الممكن التوسع في هذا المفهوم ليشمل المستشفيات التي تقوم بتأدية وظائف أخرى مثل أعمال التعليم والتدريب، وإعداد البحوث الطبية والوبائية والاجتماعية والتنظيمية[٤].

كما عرفت أيضاً منظمة الصحة العالمية المستشفى من المنظور الوظيفي بأنها "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، سواء كانت علاجية أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين ومركز للقيام ببحوث اجتماعية حيوية"[٥].

---

1) منير البعلبكي. المورد: قاموس إنجليزي عربي. – ط15. – بيروت: دار العلم للملايين، 1981. – ص 435.

2) زهير حنفي علي. الأصول العلمية في التنظيم الإداري للمستشفيات. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 1988. – ص7.

3) American Hospital Association. Classification of Health Care Institutions. – Chicago: American Hospital Association, 1974. – P.10.

4) منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم 395. – جنيف: منظمة الصحة العالمية، 1968. – ص ص 6– 7.

5) منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم 395. – جنيف: منظمة الصحة العالمية، 1968. – ص ص 6.

وكذلك قيل في تعريفها إنها "منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء مختلف الوظائف العلاجية، والوقائية، والتدريبية، والعلمية، وأيضاً الوظائف المهنية، والتأهيلية، بالإضافة إلى وظيفة البحث العلمي بهدف المساهمة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي"[١].

## ثانياً: نشأة وتطور المستشفيات:

يمكن التمييز بصفة رئيسية بين ثلاث مراحل أساسية لتطور المستشفيات تتمثل فيما يلي:

### ١. المستشفيات في الحضارات القديمة[٢]:

**(أ) في الحضارة المصرية القديمة:**

استخدم الفراعنة عام 600 قبل الميلاد معابدهم لعلاج وإيواء مرضاهم.

**(ب) في الحضارة الإغريقية:**

تمثل المعابد الإغريقية النواة الأولى للمستشفيات الحالية، ويعتبر "أبو قراط" خلال الفترة من 460 – 370 ق.م. أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد، حيث كان يجرى فيها عمليات جراحية، وتعليم الراغبين في ممارسة مهنة الطب.

**(ج) في الحضارة الرومانية:**

خصص الرومان خلال الفترة من 350 – 500 ميلادية أماكن ملحقة بالكنائس لإيواء وعلاج المرضى.

**(د) في الحضارة الفارسية:**

تم في فارس إنشاء مستشفيات في المدن الرئيسية، وكان يطلق عليها "بيمارستانات" وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى.

---

1) سيد محمود جاد الرب. تنظيم وإدارة المستشفيات: مدخل النظم. – القاهرة: دار النهضة العربية، 1991. – ص 33.

2) أحمد محمد غنيم. إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة. – القاهرة: كورنر بوك للنشر والتوزيع، ٢٠٠٥. – ص ص ١٣ – ٢٠.

**(ه) في الحضارة الهندية:**

شهدت الحضارة الهندية منذ عام 600 قبل الميلاد بناء أماكن متواضعة لإيواء المرضى وعلاجهم، وفي الفترة 273 – 232 قبل الميلاد أقيمت مستشفيات عرفت باسم "السيكيستا" Ckista بمعنى معابد الشفاء[1].

**٢. المستشفيات في العصر الإسلامي[2]:**

كانت "خيمة رفيدة" والتي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله صلى الله عليه وسلم أول مستشفى ثابت في هذا العصر، حيث كانت تتم فيها معالجة المرضى والمصابين، كما أنشأ عبد الله بن الزبير خيمة في المسجد الحرام لعلاج المرضى والمصابين، وقد ازدهرت المستشفيات في العصر العباسي ازدهاراً كبيراً، حيث أقام "هارون الرشيد" مستشفى أشرف عليها أطباء فرس، وأقام البرامكة مستشفى ثانية، ثم أقام الأهالي عدة مستشفيات أخرى حتى وصل عددها في بغداد إلى أربع عشرة مستشفى وكانت تعرف باسم "البيمارستانات".

**٣. المستشفيات في العصر الحديث[3]:**

يمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة للمستشفيات وانتشارها وتنوع تخصصاتها، وقد تعددت أنواعها من حيث الملكية، ومعيار التخصص، وتوافر مقومات العملية التعليمية، ومدى تحقيق الربح، ومدى الجودة في تقديم الخدمات من حيث الموقع، والسعة السريرية، ومتوسط فترات الإقامة.

## ثالثاً: وظائف المستشفيات:

نظراً لتعدد أنواع المستشفيات، فإن الأهداف التي تسعى لتحقيقها تختلف اختلافاً بيناً، وبالتالي يؤدي ذلك إلى اختلاف في الوظائف التي تمارسها[4]، على الرغم من

1) شعبان عبد العزيز خليفة. الكتب والمكتبات في العصور الوسطى: الشرق المسلم، الشرق الأقصى. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، 1997 .

2) سيد محمود جاد الرب. تنظيم وإدارة المستشفيات: مدخل النظم. – القاهرة: دار النهضة العربية، ١٩٩١. – ص ص ١١ – ١٤.

3) أحمد محمد غنيم. إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة. – القاهرة: كورنر بوك للنشر والتوزيع، ٢٠٠٥. – ص ص ٢١ – ٢٣.

4) حسان نذير حرستاني. إدارة المستشفيات. – السعودية: معهد الإدارة العامة، الإدارة العامة للبحوث، 1990. – ص ٢٧.

ذلك فهناك بعض الوظائف الأساسية التي تقوم معظم المستشفيات بممارستها، وتتمثل أهم الوظائف فيما يلي[1]:

**١. الرعاية الصحية للمرضى:**

تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى والمصابين بالتشخيص، والعلاج، والخدمات الأخرى المساعدة.

**٢. وقاية المجتمع من الأمراض:**

ظهر في أوربا وأمريكا في السنوات التي تلت الحرب العالمية الثانية اتجاه نحو ضرورة ازدواج الوظائف الصحية التي تمارسها المستشفيات المعاصرة بحيث تتكامل لتحقيق أهداف التشخيص والعلاج، ثم الوقاية لأفراد المجتمع.

**٣. التعليم والتدريب:**

تلعب المستشفيات المعاصرة دوراً هاماً في مجال التعليم والتدريب، حيث تتوفر فيها كافة الإمكانيات التعليمية للأطباء، والممرضين، والطلاب من اكتساب المعلومات والمهارات التطبيقية المختلفة.

**٤. تعليم وتوعية الأسرة:**

تأخذ المكتبات على عاتقها تعليم وتوعية الأسرة بالنواحي الصحية والوقائية المختلفة بغرض تفادي الإصابة بالعديد من الأمراض المختلفة، كذلك توعيتهم بمرض محدد أصيب به أحد أفراد الأسرة، وكيفية التعامل معه، وضرورة اكتساب عادات غذائية وصحية تجنب تكرار حدوث مثل هذه الحالات مع شخص آخر من أفراد الأسرة.

**٥. إعداد البحوث والدراسات العلمية:**

تلعب المستشفيات المعاصرة دوراً حيوياً وفعالاً في إعداد البحوث والدراسات العلمية في مجالات الصحة، والمجالات الأخرى ذات الصلة الوثيقة، ويساعد على ذلك وجود سجلات طبية متكاملة، ونظم إحصائية، ومعامل، ومكتبة أو مركز معلومات، وتجهيزات طبية تساعد على دعم البحث العلمي.

---

1) أحمد محمد غنيم. إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة. – القاهرة: كورنر بوك للنشر والتوزيع، 2005. – ص ص 41 – 50.

# مكتبات المستشفيات

**تمهيد:**

تعد مكتبات المستشفيات ضمن فئة المكتبات المتخصصة أو المكتبات الأكاديمية، والتي تخدم فئات متنوعة ولكن يجمعها تواجدها داخل مكان محدد وهو المستشفى، أياً كانت أسباب هذا التواجد سواء أكانوا لخدمة هذا المكان، أو مستفيدين منه، أو مرافقين للمستفيدين(١).

كما أن هناك ضرورة لاستعادة مكتبات المستشفيات دورها الأساسي، والقيام بوظائفها المنوطة بها بغرض تحقيق أهدافها المرجوة من دعم البحث العلمي، والتعليم، والعلاج بالقراءة، وتجنب اقتصار المكتبة على تقديم خدماتها للأطباء والهيئة المعاونة فقط، مما يؤدي إلى حرمان المرضى أو المستفيدين بالدرجة الأولى من مكتبات المستشفيات، فهؤلاء المستفيدون من الأطفال المرضى وذويهم ليس بإمكانهم التردد على أي نوعية من نوعيات المكتبات سوى مكتبة المستشفى التي يقيمون بها، ومن حقهم أن تقدم لهم خدمة العلاج بالقراءة كنوع من أنواع العلاج الموازي من خلال المتخصصين بهذه المكتبات، فتصل خدمات هذه المكتبات إلى مستحقيها(٢).

وقد تزايد الاهتمام في العصر الحديث بمكتبات المستشفيات، والتنوع في الخدمات التي تقدمها، والأدوار التي تقوم بها، والتي من أهمها الاهتمام بتوعية المرضى، وإمدادهم بالمعلومات التي تلبي احتياجاتهم، ودورها في تفهم متطلبات المريض، واعتبارها من دواعي شفائه(٣).

---

1) أحمد المزين. مكتبات المراكز الطبية المتخصصة بجامعة المنصورة: دراسة ميدانية/ إشراف محمد فتحي عبد الهادي؛ أماني جمال. – المنوفية: كلية الآداب، جامعة المنوفية، 2008، أطروحة ماجستير.

2) عبد الستار الحلوجي. المستفيدون غير المستفيدين من المكتبات في الوطن العربي، نشر في أعمال الندوة العربية الثانية حول: "المستفيدون من خدمات المكتبات ومراكز التوثيق العربية"، جمع وتقديم وحيد حامد قدورة. – تونس: الجامعة التونسية، المعهد الأعلى للتوثيق، ١٩٨٦. – (منشورات مركز البحوث في علوم المكتبات والمعلومات، ع١٥) . – ص ١٨٧.

3) هشام فتحي يوسف البغدادي، مها أحمد السيد الشناوي. مكتبات المستشفيات والمراكز الطبية الجامعية ودورها في خدمة المجتمع: دراسة حالة، ورقة بحث قدمت بالمؤتمر القومي الثالث عشر، القاهرة، 2009. – ص 3 .

فالمكتبة بالنسبة للأطباء، والتمريض، والوظائف المساعدة، تعتبر من الأهداف الرئيسية التي تقوم عليها المستشفى، وقد زاد الاهتمام بهذه الفئة من المكتبات مع ازدياد الاهتمام بالقراءة كوسيلة علاجية بالنسبة للمرضى[١].

## ماهية مكتبات المستشفيات:

يوجد العديد من التعريفات الخاصة بمفهوم مكتبات المستشفيات، وخاصة فيما يتعلق بتحديد فئات المستفيدين، فقد عرفت "جمعية المكتبات الأمريكية" ALA مكتبة المستشفى بأنها "مكتبة تنشأ في مستشفى لتلبية احتياجات المعلومات للهيئة الطبية، والهيئة المساعدة، وهيئة التمريض، والباحثين، والإداريين، والعاملين بالمستشفى، والمرضى"[٢].

كما عرف "قاموس علم المكتبات والمعلومات" ODLIS المكتبة الطبية بأنها "ذلك النوع من المكتبات المتخصصة، والتي يتم الاهتمام بها من كليات الطب، والمستشفيات، ومعاهد الأبحاث الطبية، ووكالات الصحة الشعبية، أو الاتحادات الطبية، وذلك لخدمة احتياجات الطلاب المعلوماتية، والباحثين، والمتدربين في علوم الصحة (طب، تمريض، طب أسنان، صيدلة..الخ) وذلك بتوفير المجموعات التي تحتوي على المطبوعات منها والمصادر الالكترونية المتعلقة بالطب والمساندة للصحة"[٣].

وقد عرف "قسم مكتبات المستشفيات بجمعية المكتبات الطبية" Hospital Libraries Section of the Medical Library Association بأن "مكتبات المستشفيات في أغلب الحالات هي مكتبات متخصصة، وهذا يعني أنها تدعم من خلال تبعيتها لمؤسسة وتخدم موظفي وأعضاء هذه المؤسسة"[٤].

---

1) أماني محمد محمد السيد. مكتبات المستشفيات في مصر: دراسة ميدانية، أطروحة (ماجستير)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم المكتبات والوثائق والمعلومات، 2000 . – ص2.

2) The ALA Glossary of Library and Information Science . – Chicago : American Library Association, 1983 . – P. 112 .

3) http://lu.com/odlis_s.cfm , (Cited 11/3/2012).

4)http://www.mlanet.org/sections/unit-history/hospital.html Hospital Libraries Section History, (Cited 12/3/2012).

كما حددت "موسوعة علم المكتبات والمعلومات" Encyclopedia of Library and Information Science مكتبة المستشفى بأنها "ذلك النوع من المكتبات الذي يضم أنواعاً من المكتبات في داخل مؤسسة واحدة، هذه المكتبات هي (المكتبات الطبية – مكتبات التمريض – مكتبات علوم الصحة – مكتبات المرضى)"(١).

بينما حدد "المعجم الموسوعي لمصطلحات المكتبات والمعلومات" مكتبة المستشفى Hospital Library بأنها "مكتبة تديرها مستشفى لخدمة احتياجات العاملين فيها من المعلومات الطبية، والتمريض، والبحوث، والإدارة، وكذلك لخدمة المرضى"، وهذا بخلاف المكتبة الطبية Medical Library التي تخدم احتياجات الطلبة والمتمرسين في أحد فروع العلوم الصحية، وتديرها جامعة أو جمعية طبية أو مؤسسة أدوية، أما مكتبة المرضى Patient Library فهي مكتبة تديرها مستشفى لخدمة نزلائها بهدف تقديم نوع من الرفاهية والعلاج النفسي، لمساعدتهم على معايشة حالاتهم الصحية والعقلية، والظروف المحيطة بهم(٢).

كما عرف "معجم المصطلحات العلمية في علم المكتبات والتوثيق والمعلومات" مكتبة المستشفى بأنها "مكتبة تابعة لمستشفى لتخدم احتياجات المعلومات من طرف أعضاء المستشفى من أطباء، ومساعدي الأطباء، والممرضين، والباحثين أو أعضاء المستشفى، والمرضى"(٣).

ومن خلال استعراض التعريفات السابقة لمفهوم مكتبات المستشفيات يتضح لنا ضرورة توفر بعض العناصر بمكتبة المستشفى وهي:

- التبعية لمؤسسة علاجية وهي المستشفى.
- خدمة مجتمع المستشفى من أطباء، ومرضى، وجهاز إداري، ودارسين، وباحثين.
- يستخدم المصطلح "مكتبة المستشفى" كمصطلح شامل لكل من مكتبة طبية للأطباء والهيئة المعاونة، وكذلك مكتبة للمرضى المقيمين بالمستشفى.

---

1) Encyclopedia of Library and Information Science . edited by Allen Kent, Harold Lancour . – New York : Merces Dekker Inc., 1969 . – Vol. 11, P. 22 .

2) أحمد محمد الشامي، سيد حسب الله. المعجم الموسوعي لمصطلحات المكتبات والمعلومات. — الرياض: دار المريخ، 1988. — ص ص 544، 855.

3) محمد مفتاح دياب. معجم المصطلحات العلمية في علم المكتبات والتوثيق والمعلومات. — القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع، 1995. — ص ص 125 – 126.

- قد توجد مكتبة المستشفى مستقلة أو يوجد معها في نفس المستشفى مركز معلومات متخصص بخلاف السجلات الطبية.

وبناء على ما سبق فقد اقترحت الدكتورة "أماني السيد" برسالتها عن مكتبات المستشفيات تعريفاً إجرائياً لمكتبة المستشفى، وهو أن مكتبة المستشفى هي:

"مكتبة متخصصة تابعة لمستشفى تخدم أفرادها سواء أطباء، أو مرضى، أو دارسين و باحثين، ومن ثم فإن لها دوراً بحثياً، ووظيفياً، وترفيهياً، وثقافياً، ويطلق عليها العديد من التسميات (مكتبة المستشفى – المكتبة الطبية – مكتبة علوم الصحة – مكتبة المرضى – مركز معلومات المستشفى)".

فمكتبة المستشفى قد تكون مكتبة طبية تخدم الأطباء، والدارسين، والباحثين، وغيرهم من العاملين بالمستشفى، أو مكتبة للمرضى المقيمين داخل المستشفى فقط، أو كليهما فيطلق عليها مكتبة المستشفى المتكاملة Integrated Hospital Library[١].

من كل ما سبق يتضح أن هناك ضرورة حتمية لفصل مكتبة الأطباء، والخدمات المعاونة، والإداريين، ومختلف العاملين بالمستشفى عن مكتبة المرضى، حتى يمكن تحديد تعريف واضح وغير متداخل لكل مكتبة على حدة، إذ إنه في غاية الصعوبة والتي تصل إلى درجة الاستحالة فى الجمع بين أهداف، ووظائف، ومقتنيات، وخدمات متباينة، كما أن الجمع بين الأطباء ومعاونيهم والعاملين بالمستشفى، وبين المرضى ومرافقيهم أمر في غاية الصعوبة.

## أنشطة مكتبات المستشفيات:

تؤكد معايير مكتبات المستشفيات الأمريكية على أن مكتبة المستشفى تدعم الأنشطة التالية[٢]:

- برامج الرعاية الصحية للمرضى.
- اتخاذ القرارات الإدارية والاستراتيجية.

1) أماني محمد محمد السيد. مكتبات المستشفيات في مصر: دراسة ميدانية، أطروحة (ماجستير)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم المكتبات والوثائق والمعلومات، 2000 . – ص ص 4 – 5.

2) هشام فتحي يوسف البغدادي، مها أحمد السيد الشناوي. مكتبات المستشفيات والمراكز الطبية الجامعية ودورها في خدمة المجتمع: دراسة حالة، ورقة بحث قدمت بالمؤتمر القومي الثالث عشر، القاهرة، 2009. – ص ص 4 – 5.

- تحسين الأداء وسلامة المرضى.
- التعليم والتأهيل المستمر للعاملين في المستشفى من الأطباء والإداريين.
- توعية المرضى وأسرهم.
- إجراء البحوث.

لذا فإن مجتمع المستفيدين من مكتبات المستشفيات يضم المرضى بالإضافة إلى العاملين والأطباء ومعاونيهم، وهذا ما تغفل عنه العديد من مكتبات المستشفيات، حيث إن خدمة المكتبة تقتصر على الأطباء ومعاونيهم، بالإضافة إلى العاملين دون المرضى.

## تطور معايير المكتبات الطبية

لقد بذلت كثير من الجهود لإيجاد معايير لمكتبات المستشفيات، وسوف يتم التركيز هنا على الجهود التي بذلتها الجمعيات المهنية المتخصصة في مجال المكتبات والمعلومات.

صدر عن جمعية المكتبات الأمريكية American Medical Association (AMA) معياراً في عام ١٩٤٤م بعنوان: "Objectives and Standards for Hospital Library" يشجع على تأسيس مكتبات بالمستشفيات، تقدم خدماتها للأطباء، والعاملين، والمرضى بالمستشفيات، وقد تزامن إصدار هذا المعيار مع إنشاء قسم مكتبات المستشفيات بجمعية المكتبات الأمريكية، وجماعة مكتبات المستشفيات والتمريض بجمعية المكتبات المتخصصة، وقد قامت كلتاهما بمراجعة المعيار الذي صدر عام ١٩٤٤وإعادة نشره مرة أخرى عام ١٩٤٨م بعنوان: "Objectives and Standards for Hospital Libraries" وقد أشار المعيار إلى مكتبة المستشفى التي تقدم خدمات للأطباء والجهاز الإداري بالمستشفى، ومكتبة المرضى، ومكتبات طلبة التمريض، وحدَّدَ المعيارُ عدَدَ الموظفين الذين ينبغي توفرهم في هذه المكتبات ومؤهلاتهم العلمية، ومجموعات الكتب والميزانية[1].

1) Glitz, Bery et.al. Hospital Library Service and The Changes in National Standards . – Bull. Med. Libr. Assoc., 86 (1), January, 1998. – PP : 337 – 339.

وفي عام ١٩٥٣م قام عدد من أمناء المكتبات في جنوب إنجلترا بتنظيم اجتماعات لأمناء مكتبات المستشفيات، وزاد عدد هؤلاء المكتبيين عام ١٩٦٢م بما يكفي لإنشاء جماعة مكتبات المستشفيات والقراء المعاقين The Hospital Libraries and Handicapped Readers Group وقد تولت هذه الجماعة مهمة وضع معايير لمكتبات المستشفيات، حيث أصدرت عام ١٩٦٥م معياراً بعنوان:"Recommended :Hospital Libraries Standards for Libraries in Hospital" وكان يتضمن توصية بضرورة تطوير مكتبات المستشفيات المتكاملة integrated Hospital Library(١).

وفي عام ١٩٥٣م أيضاً صدرت مواصفة عن قسم مكتبات المستشفيات بجمعية المكتبات الأمريكية بعنوان "مكتبات المستشفيات: الأهداف والمواصفات" Hospital Libraries Objectives and Standards، وكانت محتويات هذه المواصفة عبارة عن تطوير جزئي للمعيار المعدل عام ١٩٣٧م وقد صدرت هذه المواصفة استجابة للمتطلبات المتنامية للأنواع المختلفة من مكتبات المستشفيات، وجاءت نتيجة للتعاون بين جمعية المكتبات الأمريكية ALA وجمعية المكتبات الطبية MLA وجمعية المكتبات المتخصصة SLA، وقد تمت إعادة طبع هذه المواصفة عام ١٩٦٢م عن طريق جمعية مكتبات المستشفيات الأمريكية ومؤسساتها(٢).

وفي منتصف الستينات أنشأت جمعية مكتبات المستشفيات والمؤسسات لجنة خاصة لتحديد مواصفات مكتبة المستشفى، وذلك بالتعاون مع جمعية المكتبات الأمريكية، وجمعية المكتبات الطبية، وجمعية المكتبات المتخصصة، وبعض مؤسسات الرعاية الصحية، و تركزت مهام هذه اللجنة على مراجعة المعيار الذي صدر عام ١٩٥٣م، وبناءً عليه أصدرت معيار خدمات المعلومات بمؤسسات الرعاية الصحية Standards for library Services in Health Care Institutions في مارس عام ١٩٧٠م.

كما أسست جمعية المكتبات الطبية في عام ١٩٦٧م لجنة لدراسة معايير تدريب العاملين غير المتخصصين في المكتبات الطبية AD HOC Committee on Standards for Medical Library Technician Training وتولت هذه اللجنة مهمة تحديد الوظائف التي يقوم بها غير المتخصص بمكتبة طبية، والمهام والواجبات التي يقوم بها، بالإضافة

1) Dunkel, Lisa M. Moral and Humans: Patients' Libraries in Early Nineteenth-Century American Hospital . – USA : Bull Med Libr Assoc, 1983 . – 274 – 81 .

2) Helen, Mary. Hospital Libraries Post and Present . – USA : The Book Trolly, 1973 . – PP 203 – 205 .

إلى تطوير برامج تدريب العاملين غير المتخصصين بالمكتبات الطبية حتى يكونوا مؤهلين لأداء هذا العمل على وجه يرضي.

وفي عام ١٩٦٩م صدر من القسم الفرعي لمكتبات المستشفيات بالاتحاد العالمي لجمعيات المكتبات IFLA معياراً لمكتبات المستشفيات IFLA Standards For Libraries in Hospitals وذلك بالتعاون مع ممثلي ٢١ دولة، وركز المعيار على المكتبة من حيث التزويد، وتدريب الموظفين، وتخزين الكتب، والميزانية، والأنشطة والخدمات، والمعدات والمعايير، وركز كذلك على خدمات المرضى[1].

## المعايير والمواصفات وتقنيات المعلومات:

يلاحظ أن المعايير التي تمت الإشارة إليها سابقاً كانت معايير عامة، ركزت على الموقع والمساحة والموظفين، والأنشطة والخدمات التقليدية التي تقدمها المكتبة. ولم تركز على استخدام تقنيات المعلومات، وربما لأن استخدام هذه التقنيات لا يزال في بداياته في المكتبات ومراكز المعلومات، أي أنه حديث النشأة والدخول إلى عالم المكتبات.

في عام ١٩٩٤م أصدرت لجنة المعايير بقطاع مكتبات المستشفيات التابعة لجمعية المكتبات الطبية الأمريكية معايير مهمة بعنوان: معايير لمكتبات المستشفيات Standards for hospital Libraries/ Standards Committee, Hospital Chicago: Medical Library Association, 1994. Libraries Section.

وقد أشارت هذه المعايير إلى ضرورة استخدام التقنية في بعض المجالات والأنشطة التي تقدمها المكتبة الطبية، مثل مجال الخدمات، وقد قسم المعيار الخدمات إلى نوعين: أساسية، ومتطورة، فالأساسية هي: تلك الخدمات التي تفي باحتياجات المستفيدين من مكتبات الرعاية الصحية، سواء رعاية المرضى، أو الأهداف التعليمية والبحثية. أما الخدمات المتطورة فهي: تلك الخدمات التي تحتاج إلى عدد أكثر من الاختصاصيين والمصادر.

كما صدر في عام ١٩٩٥م عن جمعية المكتبات الصحية الكندية معايير شاملة ومهمة بعنوان "معايير لخدمات المكتبات والمعلومات في مؤسسات الرعاية الصحية الكندية".

1) http://wendang.baidu.com , (Cited 13/3/2012).

Canadian Health Libraries Association .Standards For Library and Information Services in Canadian Healthcare Facilities.-2ed ed- Ontario: CHLA, 1995.

وقد تناولت الجمعية المعايير الخاصة بالموارد التقنية، ومصادر المعلومات، وركز الجزء الخاص بالموارد التقنية على ضرورة أن تستخدم المكتبة أجهزة الحاسبات الآلية وغيرها من المساعدات التقنية اللازمة لإتاحة مصادر المعلومات الإلكترونية، بالإضافة للنظام الآلي للمكتبة الذي يدعم إدارة المكتبة وعملياتها. أما الموارد التقنية نفسها التي تحتاجها المكتبة لتقديم خدمات متطورة ومتقدمة، فتشمل النظام الآلي المتكامل والخدمات الببليوجرافية والاتصال بالإنترنت، ونظم إدارة التقارير، والميزانية، وإدارة الجودة(١).

وتضمنت المعايير التوصية بما يأتي:

- أن يتم تقويم واختيار المصادر التقنية وتقنيات المعلومات بناء على المعايير والإجراءات المناسبة.
- إيجاد اتفاقية للصيانة المنتظمة، والإصلاح، ومتابعة وتقصي الإصلاح، ورفع كفاءة المصادر التقنية.
- أن تشارك المكتبة في التخطيط للخدمة المتعلقة بنظم المعلومات واسعة النطاق، والشبكات، وجميع ما يتعلق بتقنية المعلومات.
- إيجاد روابط أو تكامل بين النظم الأخرى للمعلومات والخدمات، التي تعمل على تسهيل وتعزيز وتحسين الوصول للمعلومة لجميع مستخدمي المكتبة.

وفي عام ٢٠٠٢م صدر"دليل لمكتبات الصحة الأسترالية" Guidelines For Australian Health Libraries، وهو تقريباً تطبيق للمعايير التي صدرت عن جمعية المكتبات الطبية الكندية عام ١٩٩٥م، حيث تضمن المعيار ضرورة أن تستخدم المكتبة الطبية التقنيات الحديثة، التي تساهم في تطوير الخدمات التي تقدم للمستفيدين، وأن تزود المستفيدين بمداخل جيدة إلى مصادر المعلومات الإلكترونية(٢).

---

1) Canadian Standards for hospital libraries. Can.Med. Assoc. 112, May 17, 1997.- PP 1271-1274.

2) محمد مفتاح دياب. مكتبات المستشفيات والمراكز الصحية. – عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، ٢٠٠٦. – ص٣٥.

إن من أهم تقنيات المعلومات التي ينبغي أن تستفيد منها المكتبة في مجال الوصول إلى المعلومات ما يأتي:

- أنظمة الشبكات والاتصالات.
- الإرشادات المدعمة بالحاسب الآلي.
- الدخول إلى قواعد المعلومات المحلية والبعيدة بما في ذلك الإنترنت.
- برامج المطبوعات الإلكترونية.
- تطوير قاعدة المعلومات، وإدارة الملفات وتأليف البرامج.
- أنظمة الإعارة داخل المكتبات وتسليم المستندات.

كما صدر في عام ٢٠٠٢م عن جمعية المكتبات الطبية الأمريكية "معايير لمكتبات المستشفيات" Standards for Hospital Libraries 2002، وتم تطويرها وإجراء تعديلات عليها في عام ٢٠٠٤م.

وقد أشار المعيار في مقدمته إلى أنه قد تم تطوير المواصفة المعيارية لمكتبات المستشفيات التي صدرت في عام ٢٠٠٢م لضمان أن تتوفر الموارد والخدمات للمستشفيات لتلبية احتياجاتها من المعلومات بشكل فعال[١].

كما أن الاستخدام المتزايد بشكل كبير للإنترنت والتقنيات المعلوماتية الجديدة من قبل العاملين بالجهاز الطبي، والتمريضي، والعلوم المساعدة، والمرضى، والمجتمع، يستلزم استراتيجيات جديدة، وتخصيص موارد معلومات كافية، واختيار وتقويم موارد وتقنيات المعلومات. وقد قسمت المعايير إلى عشرة، وأشار المعيار التاسع منها إلى ضرورة أن تكون موارد المعلومات المعرفية متوفرة للعاملين في المجال الطبي على مدى 24 ساعة في اليوم، وسبعة أيام في الأسبوع (24/7)، وهذا يؤكد على استخدام تقنية المعلومات من الإنترنت وغيرها من تقنيات المعلومات التي تتيح المعلومات للمستفيدين في أي وقت ومن أي مكان.

في حين أشار المعيار العاشر إلى ضرورة أن تكون مساحة المكتبة كبيرة، بما يكفي لاستيعاب كمية مناسبة من أجهزة الحاسب الآلي الشخصية، وأجهزة تقنية المعلومات الأخرى.

---

1) *Guidelines for Libraries Serving Hospital Patients and The Elderly and Disabled in Long-Term Care Facilities*, (IFLA Professional Reports; 61) . – USA : IFLA Headquarters, 2000 . – PP 16 – 19 .

واشتمل المعيار على عدد من الملاحق، منها ملحق يوضح أنظمة المكتبات، وملحق يبين دور أمين المكتبة الطبية[1].

مما سبق يتبين لنا أن هناك تفاوتاً في المعايير الصادرة عن الهيئات والجمعيات العلمية والمهنية في مجال المكتبات الطبية، من حيث الحداثة، والشمولية، وافتقارها للمعايير الكمية، وكذلك من حيث اهتمامها وتركيزها على تقنيات المعلومات. ويلاحظ أن المعايير التي صدرت عن جمعية المكتبات الكندية تتسم بالشمولية والحداثة، حيث تم وضع معايير لجوانب كثيرة تتعلق بالمكتبات الطبية بما فيها تقنيات المعلومات، وعلى الرغم من افتقارها للمعايير الكمية، فإنه يمكن تطبيقها والإفادة مما تضمنته في تطوير المكتبات الطبية في دول أخرى، ويتضح هذا من تبني المكتبات الطبية الأسترالية للمعايير الكندية، واستخدامها دليلاً إرشاديًا لها.

## مستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357 ومكتباتها

**تمهيد:**

تعد مستشفى سرطان الأطفال من أكبر المشاريع الصحية في مجال علاج أورام الأطفال السرطانية، حيث كان حلماً لملايين المصريين لوجود مكان آمن، وعلى مستوى مرتفع من الجودة لعلاج أطفالهم من هذا المرض اللعين دون تحمل مشقات العلاج وتكاليفه الباهظة، فيموت الأطفال المصابونِ دون أن يجدوا العلاج والرعاية الملطفة لهم لعدم المقدرة المالية، أو عدم توفر المكان الملائم والخبرات ذات الكفاءة لعلاجهم.

وقد وضعت مستشفى سرطان الأطفال معايير جديدة لمستوى الرعاية الصحية، كما فتح المجال للعمل الخيري في أحد أهم المشروعات الصحية المتخصصة بمصر[2].

1) http://wendang.baidu.com , (Cited 13/3/2012)

2) Children's Cancer Hospital Egypt (CCHE) = مستشفى سرطان الأطفال–مصر . – Cairo : A.R. Publication Advertising, [2010] . – P. 13.

## نبذة تاريخية :

أنشئت مستشفى سرطان الأطفال على غرار مستشفى الأبحاث الأمريكي "سان جود" في "ممفيس تنيسى" بالولايات المتحدة الأمريكية "St.jude Hospital" لنفس التخصص، وحصل مستشفى ٥٧٣٥٧ على التمويل اللازم لبنائه من خلال تبرعات المصريين و العرب والأجانب، ويعتمد المستشفى إلى حد كبير على استمرارية هذه التبرعات والمساندات المالية و العينية المختلفة في مرحلتي الإنشاء والتشغيل(١).

فقد كانت فكرة الإنشاء منذ أن كان هناك قسم للأطفال بالمعهد القومي للأورام به ثمانية أسرة، ومع ازدياد نسبة الأطفال المصابين بالسرطان، وعدم قدرة المعهد القومي للأورام على استيعاب هذا الكم الهائل من المرضى وموت الكثير من الأطفال المصابين لقلة الإمكانات، بدأت عام 1999 فكرة إنشاء مستشفى لعلاج أورام الأطفال بمصر(٢).

وبنهاية النصف الأول من نفس العام خصصت محافظة القاهرة قطعة أرض لصالح بناء المستشفى، وفي يوليو من نفس العام تم وضع حجر الأساس لبناء المستشفى، وفي يونيو من عام 2003 تم الانتهاء من بناء الهيكل الخارجي للمستشفى، وفي عام 2004 تم إنشاء مؤسسة مستشفى سرطان الأطفال والمسئولة عن وضع خطة مالية تضمن استمرار المستشفى وتطورها من خلال التدريب في سبيل تقديم خدمات تشخيصية، وعلاجية، وتعليمية، وبحثية على أفضل المستويات وبدون مقابل لجميع المرضى.

وبعد انتهاء مختلف الشركات الموكلة بالتشييد، والتجهيز، فتحت المستشفى بتاريخ 7-7-2007 أبوابها للمرضى بمرحلة تشغيل مبدئية (أربعون سريراً) إلى أن وصل لقوة تشغيل 200 سرير، وجاري التطوير للوصول إلى 350 سريراً للإقامة الدائمة لحين الانتهاء من مراحل العلاج المختلفة، هذا بخلاف عيادات اليوم الواحد، والتي يتم فيها تناول العلاج المخصص لبعض الحالات التي لا تحتاج للإقامة داخل المستشفى.

1) http://beta.57357.com/2011/ , (Cited 15/3/2012)

2) http://webcache.googleusercontent.com , (Cited 15/3/2012)

## تجهيز المستشفى بالتكنولوجيا[1]:

المستشفى مجهزة بأحدث تكنولوجيا نظم المعلومات لتكون قادرة على تنفيذ جميع المهام الطبية والإدارية من خلال نظم الحاسب، فهي مستشفى رقمية Digital Hospital، وقد تحددت أهداف قسم نظم المعلومات بالمستشفى في تقديم أفضل مستويات الخدمة، وحث جميع العاملين والمستفيدين على التعليم المستمر، وأن يكون مركزاً لتجميع جميع الخبرات وتسهيل نقلها للبلاد الأخرى المحيطة، والمساهمة في توعية المرضى وعائلاتهم من مرض السرطان، والمساهمة في بقاء المستوى المالي مرتفعاً من خلال مؤسسة سرطان الأطفال، والتي تعمل جنباً إلى جنب مع المستشفى لضمان الاستمرار في تقديم الخدمات بنفس مستوى الجودة.

## التصميم الداخلي والخارجي للمستشفى[2]:

يستخدم التصميم الداخلي الضوء الخارجي، وألوان الطلاء الزاهية بحيث يبعث على إحساس الأطفال بالتفاؤل، ورفع الروح المعنوية لهم، وتم تمييز كل دور بلون محدد، فيستطيع أن يحدد المريض وعائلته في أي طابق هو بمجرد خروجه من المصعد، وروعي وجود الكثير من الألعاب بجميع مناطق الانتظار حتى لا يشعر الأطفال بالرهبة والقلق، والمبنى يتكون من الدور الأرضي وستة طوابق، وطابق تحت الأرضي (البدروم).

الطابق تحت الأرضي للمخازن، والمغسلة، والعديد من الأقسام الإدارية، والطابق الأول لعيادات اليوم الواحد، والصيدلية، والأشعة العلاجية، وبه أيضاً الإدارة والمكتبة المركزية، وقسم تكنولوجيا المعلومات، وقسم الخدمة النفسية، والعلاج الطبيعي، والأسنان، والقلب، والطب النووي، والأشعة التشخيصية. والدور الثاني خاص بالعمليات الجراحية، ووحدة العناية المركزة، بينما الأدوار من الثالث للسادس خاصة بغرف إقامة الأطفال المرضى، وملحق بكل دور غرفة للأطباء وأخري للألعاب الترويحية،

1) Children's Cancer Hospital Egypt (CCHE) = مستشفى سرطان الأطفال-مصر . – Cairo: A.R. Publication Advertising, [2010] . – P. 34 .

2) Ibed, PP 19 – 22 .

وثالثة للمكتبة، ورابعة للخدمة الاجتماعية والنفسية. وتتميز المستشفى ببعض نقاط القوة عن المستشفيات الأخرى وهي:

- وجود صيدلية إكلينيكية تقوم بتجهيز بعض الأدوية، والتأكد من سلامة الأدوية من مختلف الشركات الموردة للمستشفى من خلال الأجهزة المختلفة المتوفرة بالصيدلية لهذا الغرض خصيصاً.
- وحدة علاج خارجية (علاج اليوم الواحد) Day Care تسمح باستيعاب من 300 – 400 طفل يومياً.
- قسم للخدمة الاجتماعية والنفسية لمناقشة المرضى وذويهم في كيفية مواجهة المرض.
- وجود نظام لمتابعة العملية التعليمية مع الأطفال غير القادرين على متابعة العملية التعليمية بالمدرسة نتيجة لمرضهم.
- التصميم وفقاً لأحدث تقنيات مكافحة الأوبئة ومنع انتشار العدوى بالمستشفى.
- الطاقة الاستيعابية للمستشفى مائتا سرير قابلة للزيادة إلى ثلاثمائة وخمسين سريراً.
- تصميم الأدوار بشكل دائري يسمح بمتابعة فائقة للمريض.
- الشكل الخارجي زجاجي يسمح بدخول أشعة الشمس لزيادة مناعة الأطفال التي تكون في أدنى مستوياتها مع جلسات العلاج الكيميائي والإشعاعي، وكذلك يساعد على توفير الطاقة من خلال توفير الإضاءة، وتقنين استخدام التكييف المركزي، وسهولة صيانة الزجاج.
- الأرضيات من مادة لا تسمح بتكون الفطريات في مختلف الظروف.

## أهداف المستشفى ووظائفها(١):

### أولاً: الرؤية أو أهداف المستشفى: Vision

تسعى مستشفى سرطان الأطفال 57357 لأن يكون واحداً من أهم المراكز الرائدة في تقديم العلاج والرعاية الشاملة، وأن يكون مركز جذب للخبرات ونموذجاً للمؤسسات الخيرية، وتهدف المستشفى إلى تحقيق الآتي:

1) Children's Cancer Hospital Egypt (CCHE) = مستشفى سرطان الأطفال-مصر . – Cairo: A.R. Publication Advertising, [2010] . – P.P. 9 – 11.

- بذل أقصى جهد لرعاية الأطفال المرضى، وتقديم الدعم النفسي لهم ولأسرهم لتجاوز المحنة.
- العمل على أن تصبح المستشفى مركز جذب للخبرات وتبادلها في مجال الرعاية الصحية من خلال توفير نظم التعليم والبحث العلمي المستمر، مع الحرص على التبادل العلمي مع المراكز المتخصصة في مصر ومختلف أنحاء العالم.
- الالتزام بمجال الأبحاث العلمية باعتبارها الأساس في تحقيق أعلى نسب شفاء ووقاية.
- الاهتمام بالقائمين على الرعاية الصحية من خلال الارتقاء بمستوى التعليم والتدريب المستمرين.
- استخدام أحدث نظم تكنولوجيا المعلومات في مجالات الرعاية الصحية بهدف الدقة والتواصل مع المجتمع.
- الالتزام بمعايير الجودة في جميع مجالات الخدمة والإدارة، وضمان العدالة والمساواة في تقديم الجودة الطبية.
- القيام بدور رائد في التوعية الصحية للمواطنين، والاهتمام بالبيئة والمجتمع المحيط بالمستشفى.
- التعاون التام بين المستشفى ومؤسستها والمعهد القومي للأورام، لضمان استمرار سبل التمويل اللازمة، وتوظيف التبرعات على أكمل وجه حفاظاً على مصداقية المشروع والتزاماته أمام المتبرعين.

**ثانياً: المهام أو وظائف المستشفى: Mission**

هناك مجموعة من المهام التي تقوم بها المستشفى من أجل تحقيق الأهداف التي تسعى لتحقيقها وهي:

- الالتزام بتحقيق أهداف المستشفى بعيدة المدى من خلال مختلف مجالات الأعمال والأنشطة.
- توفير الرعاية الصحية والنفسية لجميع الأطفال المرضى مع مراعاة العدالة والمساواة بغض النظر عن الحالة المادية والاجتماعية.

- التحلي بالأمانة والنزاهة في جميع مجالات العمل، والتمسك بالمثل العليا في مختلف التعاملات.
- تزويد المريض وعائلته بجميع المعلومات المتعلقة بالآثار الإيجابية والسلبية لطرق العلاج المختلفة حتى يتسنى لهم اتخاذ القرارات السليمة.
- توفير جو مناسب في العمل على مستوى لائق من الراحة والأمن لجميع العاملين.
- الالتزام باتباع اللوائح القانونية والإدارية المتعلقة بالمستشفيات في مصر.
- اتباع الأسس المتفق عليها للمزايا والعقوبات بالنسبة للعاملين.
- توفير مستوى مرتفع من الرعاية الصحية المتفق عليها من خلال تطبيق اللوائح الخاصة بالمستشفى نفسها.
- التزام العاملين ببرنامج مكافحة العدوى للارتقاء بالمستوى الطبي العام.
- الحق في إنهاء فترة إقامة المريض بالمستشفى في حالة عدم اتباعه تعليمات الفريق الطبي.
- الاعتراف بالامتنان بمختلف الوسائل لجميع المتبرعين، والتزام جميع العاملين بالمستشفى بالتوظيف الأمثل لهذه الأموال.

# مكتبات مستشفى سرطان الأطفال 57357

## وصف عام

تعد مكتبات مستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357 على تعددها نموذجاً مثالياً لتطبيق تجربة العلاج بالقراءة على الأطفال المرضى المقيمين بها، إذ يتعذر بكل المقاييس إمكانية تطبيق التجربة من خلال مكتبة واحدة تخدم الأطباء، والهيئة المعاونة، والإداريين، وجميع العاملين بالمستشفى، بالإضافة إلى المرضى ومرافقيهم، حيث تتطلب التجربة توفر العديد من الأدوات، والظروف المحيطة التي تساعد على تهيئة الجو النفسي للأطفال، وهذا يتنافى مع استخدام الأطباء ومعاونيهم للمكتبة، والجو النفسي الذي ينبغي أن يتوفر لهم لإجراء البحوث المختلفة، كما أن وجود الأطباء والهيئة التمريضية بالمكتبة على مدار اليوم يكون بمثابة عائق نفسي للأطفال المرضى المنوطين بعملية القراءة لما تتسبب فيه هذه المشاركة من قلق للأطفال، حيث يرتبط

وجود الأطباء والتمريض لديهم بالإجراءات العلاجية التي تثير في نفوسهم التوتر لما يشعرون به أثناء تناول العلاج بأشكاله المختلفة، كما أن هناك عائقاً آخر وهو توجه المرافقين بالعديد من الأسئلة للأطباء المعالجين للاطمئنان على حالات ذويهم مما يفسد أهمية التفاعل في العملية القرائية.

وقد يكون هناك حل جزئي حال وجود مكتبة واحدة، وهو أن تكون مساحة المكتبة كبيرة بالشكل الذي يسمح بتقسيمها إلى غرف متعددة لممارسة العديد من الأنشطة مع مختلف فئات المستفيدين، ولكن إدارة المستشفى ارتأت أهمية وجود مكتبة بكل طابق للأطفال نظراً للحالة المرضية للأطفال والتي يستحيل معها انتقال الطفل المقيم للعلاج من طابق لآخر ليمارس نشاطه القرائي[1]، كما يوجد بالمستشفى مكتبة مركزية وهي المكتبة الأم، وتخدم الأطباء والهيئة المعاونة، والإداريين، وجميع العاملين بالمستشفى، أما مكتبات الأطفال فتوجد بمختلف طوابق الإقامة، بدءاً من الثالث حتى السادس، ويجاور كل مكتبة غرفة للألعاب الترويحية، أما الطابق الثاني فإنه مخصص للعمليات، والإفاقة، والعناية المركزة.

ورغم أن أوجه المقارنة بينها تكاد تكون معدومة، فإن مدى الاهتمام بمكتبة الأطباء يعكس مدى تقدير إدارة المستشفى لدور المكتبة في البحث العلمي وبالتالي أهمية دورها في توعية المرضى وأسرهم، وكذلك دورها في العلاج الموازي أو ما يسمى"العلاج بالقراءة Bibliotherapy.

## خدمات المعلومات:

إن الهدف الرئيسي من توافر كل المدخلات من موقع، ومبنى بمساحة مناسبة، وأثاث، وتجهيزات، ومبانٍ، وموظفين، وميزانية، ومقتنيات، وإعداد فني، هو تقديم خدمات للمستفيدين، فخدمات المعلومات هي المخرجات والنتائج المرجوة، وهي الهدف المطلق من وجود المكتبة، والقيمة الحقيقية تكمن في وصول المعلومة للمستفيد، سواء كانت في كتاب، أو مجلة علمية، أو من خلال قاعدة بيانات يتم الاتصال بها من المستفيد من أي مكان داخل المكتبة وخارجها[2].

1) S.T.Waters. The Regional Medical Library and The Hospital Library . – Bull. Med. Libr. Assoc. 59, (2) Apr., 1971. – P. 337.
2) O'Conner,Patrick. Determining The Impact of Health Library Services on Patient Care . – Health Information and Library Journal, (19) . - Australia : Blackwell Science Ltd., 2002 . – p. 23.

وسأتعرض لخدمات المعلومات بالمكتبة المركزية مع مكتبات الأطفال لتوضيح عدم وجود صلة فيما بينها على المستوى التنظيمي مما يضعف الخدمات المعلوماتية، حيث يتوقف ذلك على القائم على المكتبة لعدم وجود جهة متخصصة مسئولة عن مكتبات المستشفى وهي المكتبة المركزية أو المكتبة الأكاديمية المتخصصة.

## خدمات المعلومات للمكتبة المركزية:

تقوم المكتبة المركزية بتقديم العديد من الخدمات للمستفيدين، وسوف يتم استعراض الواقع الفعلي للخدمات المقدمة بإيجاز:

- خدمة الإرشاد القرائي.
- خدمة الاطلاع الداخلي.
- خدمة الإعارة الخارجية.
- خدمة الإحاطة الجارية.
- خدمة البث الانتقائي للمعلومات.
- خدمات حجز الكتب بالتليفون.
- خدمات المكتبة الرقمية، والاشتراك بقواعد البيانات الطبية.
- خدمات التصوير والطباعة والمسح الضوئي.

هذا وترتبط بعض الخدمات بموضوعات هامة بالنسبة للمكتبة، فجميع الخدمات التي يتم فيها التعامل مع المستفيدين المترددين على المكتبة مباشرةً كخدمات الاطلاع، والإعارة، والتصوير، ترتبط بعدد ساعات العمل بالمكتبة، وكذلك الخدمات التعليمية التي تقوم بها المكتبة من توفير معلومات عن الأمراض وأعراضها وطرق العلاج المختلفة، وأيضاً كل نوع من أنواع العلاج المختلفة وما يستتبعه من متغيرات جسمية ونفسية، والمكتبة تعمل من الثامنة صباحاً حتى الخامسة مساءً عدا يومي الجمعة والسبت، كما أن هناك خدمات أخرى مثل الخدمات البحثية على الانترنت، وخدمات التعامل مع الكتب الاليكترونية، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بنظم المعلومات، ومدى تمكين المستفيدين بالمستشفى من الوصول لمحتويات المكتبة.

ومن خلال الواقع الفعلي للمكتبة المركزية يتضح أن إدارة نظم المعلومات قد ساعدت على إتاحة محتويات المكتبة الرقمية من كتب اليكترونية، وقواعد البيانات الطبية لجميع المستفيدين بالمستشفى، وإتاحة هذه الإمكانية من داخل المستشفى وخارجها من خلال اسم المستخدم، وكلمة المرور الخاصة بكل مستفيد، وله حساب على المكتبة الرقمية يسمح له بالتعامل كمستفيد.

بالنظر إلى توصيات الاتحاد الدولي لجمعيات المكتبات(1) بضرورة توفر بعض الخدمات الأساسية بمكتبة المستشفى، وهي: خدمات القراء من إرشاد، واطلاع داخلي، وخدمات الاستعارة الداخلية والخارجية، والخدمات المرجعية، وخدمات ببليوجرافية لموضوعات محددة، نجد أن معظم هذه الخدمات متاحة بالمكتبة، عدا الخدمات الببليوجرافية لموضوعات محددة وهي متوفرة من خلال المكتبة الرقمية، حيث إن جميع الأوعية داخل ملفات ومقسمة موضوعياً من خلال رؤوس موضوعات دالة عليها Categories، وهذا يغني عن وجود قوائم ببليوجرافية مطبوعة لموضوعات محددة.

## خدمات المعلومات لمكتبات الأطفال:

تكتفي مكتبات الأطفال بتقديم بعض الخدمات الأساسية، والمتعارف عليها بجميع المكتبات، وهي خدمة الإرشاد القرائي، وخدمة الاستعارة، فالقائمون عل المكتبات ليس لديهم خبرة في مجال العمل بالمكتبات، لذا فالخدمة التي يجيدونها هي إرشاد الأطفال للكتب، والإعارات الخارجية وإن كانت تتم من خلال كتابة اسم الكتاب المعار وأمامه اسم المستعير فقط، بورق يتم التخلص منه بمجرد رد الكتب الموجودة عليها، فلا يمكن عمل إحصائيات بعدد الكتب المعارة أو المترددين على المكتبة.

بينما أوصى الاتحاد الدولي لجمعيات المكتبات بضرورة أن يكون المسئول عن المكتبة من حملة مؤهلات المكتبات، ومعه مساعد في مجال المكتبات أيضاً، كما أنه أوصى بتوفر عنصر إداري للتخطيط على أن يكون ملماً بنوعية الكتب التي تساعد على العلاج بقراءتها، أي ملماً بالنواحي النفسية لهؤلاء الأطفال، ولاكتفاء الموارد البشرية بالحرص على أن يكون المسئول عن المكتبة حاصلاً على مؤهل عالٍ دون

1) O'Conner,Patrick. Determining The Impact of Health Library Services on Patient Care . – Health Information and Library Journal, (19) . - Australia : Blackwell Science Ltd., 2002 . – p. 39.

الاهتمام بالتخصص، جعل الخدمة المكتبية محدودة للغاية دون مراعاة للنواحي الفنية في الأداء، بل وهناك قصور واضح في الخدمات الهامة جداً بمكتبات المرضى، وخاصةً أن هؤلاء المرضى من فئات الأطفال على اختلاف أعمارهم.

مما لاشك فيه أن هناك قصوراً يبدو من الوهلة الأولى في مستوى خدمات المعلومات بمكتبات الأطفال، وخاصةً إذا علمنا أن من أهم وظائف المكتبات الخاصة بالمرضى هي خدمة العلاج بالقراءة، وتشجيعها، وكذلك وجود برامج للتعليم، وتشجيع القراءة للحالات الخاصة (المعوقين والتأهيل)، وهذا بلا شك في حاجة إلى متخصصين في مجال المكتبات، وعلم النفس من خلال إعدادهم لبرامج، ومسابقات، وهدايا تشجيعية، وبرامج دعاية قوية لتصل بالمكتبة إلى كل الأطفال بغرفهم قبل أن يصلوا إلى المكتبة بأنفسهم.

مما سبق نستطيع أن نتعرف على أسباب قصور الخدمات المقدمة من قبل مكتبات الأطفال وهي:

- عدم وجود الخبرات في مجال المكتبات، والخدمة النفسية للتمكن من إعداد البرامج القرائية المناسبة، والتي توافق كل حالة على حدة.
- عدم وجود دورات تدريبية في هذا المجال بالتحديد على مستوى مراكز التدريب بمختلف الجهات.
- تبعية مكتبات المرضى لقسم الخدمة الاجتماعية، مما يجعلها تفتقر للإجراءات الفنية للحفاظ على محتوياتها، واستخدامها بأسلوب صحيح، وكذلك عدم وجود الكوادر المتخصصة والتبعية للمكتبة المركزية الأم، يؤدي إلى عدم وجود سياسة محددة لتزويد هذه المكتبات بالكتب التي تؤدي دورها في سبيل تشجيع العلاج بالقراءة.
- استقلال كل مسئول بمكتبة دون تبعية محددة لمكتبة تقوم بالتنسيق بين هذه المكتبات، جعل جميع مكتبات المرضى بالطوابق الأربعة تعمل دون سياسة محددة، وبدون تخطيط مسبق، والنتيجة أن جميع المدخلات لهذه المكتبات سوف لا ينتج عنها تحقيق الأهداف المرجوة منها، وبالتالي سوف تصبح إمكانيات مهدرة.

وهكذا يتضح أهمية وجود المكتبات بالمؤسسات الصحية، فهي تساعدها على تحقيق أهم أهدافها ليس فقط من خلال إعداد البحوث والدراسات العلمية، والمشاركة في النواحي التعليمية، بل أيضاً تشارك في العلاج الموازي جنباً إلى جنب مع الأطباء

والصيادلة، والهيئة التمريضية، وكذلك وجود أخصائي المعلومات الواعي الذي يتمكن من استغلال معرفته وإلمامه بالإنتاج الفكري في مختلف المجالات، وتنمية خبراته وقدراته في المعرفة البينية ببعض المجالات الأخرى النفسية والطبية، والتي تمكنه من أداء جيد لتقديم خدمة العلاج بالقراءة لكل المرضى على اختلاف أعمارهم ومستوياتهم العقلية والاجتماعية والبيئية.

وحتى تتوفر خدمة العلاج بالقراءة بالشكل والأداء المرجو ينبغي أن تتوحد جميع الجهود، من مؤسسة صحية تؤمن إدارتها بأهمية دور المكتبة لجميع الفئات الموجودة بها، وعلى رأسهم المرضى، إلى ضرورة توفير كل آليات العمل، من أدوات، وقوى بشرية واعية ومتخصصة في هذا المجال، ومجموعات قوية تخدم الجميع، وأخيراً الاتفاق على العمل في جميع الاتجاهات لمصلحة المريض، حتى تنمو روح العمل الجماعي، وروح الفريق الواحد، كل هذه العناصر مجتمعة تعمل معاً في توافق وتناغم، وتظهر روح الإبداع لدى جميع الأطراف، وتتضافر جميع الخبرات لصالح المستفيد وهو المريض، من خلال كيان قائم داخل المؤسسة الصحية، يؤدي دوره على أكمل وجه، وهذا الكيان هو مكتبة المستشفى تحت أي مسمى، والمهم أن تكون الأهداف واضحة لجميع العاملين بها، والمترددين عليها، ليعرف الجميع ما لهم وما عليهم.

# الفصل الثانى

# العلاج بالقراءة: النشأة والتطور

- تمهيد
- التعريفات
- النشأة والتطور
- أهداف العلاج بالقراءة
- أنواع العلاج بالقراءة
- معوقات العلاج بالقراءة
- القائمون على العلاج بالقراءة
- أماكن ممارسة العلاج بالقراءة
- أماكن رعاية العلاج بالقراءة

# تمهيـــد

العلاج بالقراءة "Bibliotherapy" من الجوانب الفاعلة والمؤثرة لعلاج العديد من الأمراض النفسية، وأمراض العصر المختلفة.

وعلى الرغم من أنه لا ينبغي الاعتماد على العلاج بالقراءة كعلاج وحيد، فإن القصص الواقعية والخيالية وكتب الحقائق تقدم فرصة للأطفال والمراهقين للتعلم والتعامل مع الخبرات والمهارات في بيئة آمنة ومألوفة، وكما يقول علماء المدارس النفسية المختلفة إن العلاج بالقراءة والجلسات العلاجية الخاصة به تؤدي إلى الاستفادة بشكل خلاق، لتنمية وتقوية المهارات التي يحبها الأطفال ويحتاجون إليها في مواجهة المصاعب النفسية والبدنية(١).

وكان للتركيز الذي حدث في العقود الأخيرة على "الإنسان الكلي" كطريقة للعلاج، أثره على الاعتراف بأن الإنسان ليس سوى كل متكامل من الحاجات الفيزيقية والنفسية والعقلية، مما دفع عملية العلاج بالقراءة إلى الأمام خطوات كثيرة، ذلك أنه ظهرت مجموعة من العلاجات المساندة في البداية للعلاج الطبي التقليدي سواء بالعقاقير أو الجراحة. ومن بين العلاجات الجديدة العلاج بالشعر، العلاج بالرقص، العلاج بالموسيقى، العلاج بالفن. وقد وضع العلاج بالقراءة في مرتبة عالية بين تلك العلاجات الجديدة(٢).

فالعلاج بالقراءة يمثل جانباً من الجوانب الإيجابية المضيئة لعلم المكتبات والمعلومات، إذ إنه يسهم بشكل عملي في مساعدة الأفراد والجماعات في حل مشكلاتهم الشخصية(٣).

---

1) Heath, Melissa Allen & Others . Bibliotherapy : A Resource to Facilitate Emotional Healing and Growth . – USA : Brigham University, 2010, School Psychology International, Vol.26 (5), P. 564 .

2) شعبان عبد العزيز خليفة. العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا: وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، ٢٠٠٠. – ص ١٢.

3) Forgan, J. Using Bibliotherapy to Teach Problem-Solving . – New York : Morrowm 2002 . – International in School and Clinic, 38 (2), . – P. 77 .

ويتضمن هذا الفصل نشأة وتطور العلاج بالقراءة، بعد عرض التعريفات اللغوية والاصطلاحية والمفاهيم المختلفة له، وأهميته، وأنواعه، وأهدافه، والأماكن التي يمكن ممارسة العلاج بالقراءة فيها، والأماكن التي ترعى العلاج بالقراءة، والسمات التي ينبغي أن تتوافر فيمن يمارسون هذه المهنة، بالإضافة إلى الطموحات والتطلعات للنهوض به كنوع من أنواع العلاج الموازي.

# التعريفـــات

وفي السطور التالية عرض موجز للتعريفات المختلفة لمصطلح "العلاج بالقراءة" Bibliotherapy سواء من الناحية اللغوية أو الاصطلاحية – وفقاً لاهتمامات المتخصصين والمهتمين بهذا المجال– أو الإجرائية.

يتألف مصطلح ببليوثيرابي من مقطعين يونانيين: الأول هو (ببليون) بمعنى "كتاب"، وكلمة (أوباتيد) باليونانية بمعنى "علاج"، وقام العالم "ماك كروثر" 1916[1] في مقال له نشر في مجلة شهرية "أتلانتيك" بالجمع بين الكلمتين في كلمة واحدة واستبدل الكلمة الثانية اليونانية بالكلمة الانجليزية لتصبح الكلمة الواحدة الجديدة هي ببليوثيرابيBibliotherapy.

## أولا : التعريفات اللغوية:

لعل أول تعريف للمصطلح هو ما ورد في قاموس "دور لاند الطبي المصور"[2]، وقد عرف المصطلح بأنه "استخدام الكتب وقراءتها في علاج الأمراض العصبية".

وأوضح قاموس وبستر الموسوعي[3] أن الكلمة تتكون من مقطعين، المقطع الأول Biblio، ومشتق من كلمة يونانية الأصل وهي Biblion وتعني كتاباً وجمعها Biblia، وقد اشتق منها كلمات عديدة مثل: قائمة حصر كتب Bibliography، وإنتاج الكتب Bibliogony، وعلم نفس الكتاب Bibliopsychology، وكذلك محب الكتب Bibliophile،

1) http://americanlibrariesmagazine.org/ask-ala-librarian/bibliotherapy, (Cited 3/5/2012)

2) Dorland's Illustrated Medical Dictionary . – 19th. Ed. – Philadelphia : Saunders, 1941.

3) Webster's Encyclopedia Unabridged Dictionary of The English Language . – New York : Portland House, 1989 . – P. 145 .

كما كانت تستخدم هذه الكلمة للإشارة للكتب الدينية المقدسة Bible في الديانة الإغريقية القديمة، أما المقطع الثاني Therapy فهو يوناني الأصل ومشتق من كلمة Therapia والتي تعني التداوي أو الاستشفاء أو العلاج بوجه عام أياً كان هذا العلاج للجسم أو للعقل أو للسلوك الاجتماعي.

كما عرف قاموس وبستر الدولي الشامل[١] العلاج بالقراءة على أنه "علاج الاضطرابات النفسية والعصبية عن طريق قراءة كتب مختارة".

بينما عرف قاموس وبستر الدولي في طبعته الثالثة[٢] وفي طبعته التاسعة الموجهة لطلاب الكليات Collegiate[٣]، وأيضاً في الطبعة الالكترونية المتاحة على شبكة الانترنت[٤] المصطلح بأنه "استخدام مواد قرائية مختارة كمعينات علاجية أو محسنات إضافية للعلاج في مجال الطب بصفة عامة، والطب النفسي على وجه الخصوص، كما يمكن أن يطلق هذا المصطلح أيضاً على ذلك النوع أو النمط من الإرشاد المستخدم لحل المشكلات الشخصية من خلال القراءة الموجهة"، وهو التعريف الذي تبنته جمعية المكتبات الأمريكية ALA عام 1966.

وفي عام 1919 حدث تزاوج بين هذين المقطعين في اللغة الانجليزية، فأصبح لدينا مصطلح جديد وهو Bibliotherapy ومنه الفعل to Bibliotherap والصفة Bibliotherapeutic، وكما جاء في قاموس أكسفورد أن العلاج بالقراءة يعني "استخدام مواد قرائية لأغراض علاجية ضمن علاج الاضطرابات العصبية"[٥]، وفي عام 1929 صدر المجلد 440 من النشرة الطبية الأمريكية ويحمل العنوان التالي : Bibliotherapy use of Treatment In Neuropsychiatric Hospital"، وفي عام 1931 اشتمل العدد 198 والصادر في شهر يونيو من مجلة .Library Assoc. Rec على عدد من المقالات رتبت وفق التقسيم الثنائي للعمل المكتبي بالمستشفيات آنذاك وهو: (أ) الأعمال العامة General Works. (ب) العلاج بالقراءة Bibliotherapy، وفي عام 1961 أشير في العدد الثالث من المجلد 253 والصادر في 26 أكتوبر من مجلة "New Scientist" إلى أن

1) New International Webster's: Comprehensive Dictionary of English Language . – Florida : Trident Press International, 1998 . – P. 135 .

2) Ibed ., P. 2862 .

3) Webster's Ninth New Collegiate Dictionary . Massachusetts : Merriam Webster Inc., 1991 . – P. 148 .

4) www ebster Dictionary- Search Screen. http://www.m-w.com/cgi-bin/mweb (cited 12/4/2012).

5) The Oxford English Dictionary : A New English Dictionary on Historical Principles . – Oxford : The Clarendon Press, 1970 . – P. 846 .

الكتب العلمية، وكتب الخيال العلمي أصبحت أكثر أنماط الكتب تأثيراً واستخداماً في مجال العلاج بالقراءة، واشتق منه اسم الفاعل "الببليوثيرابي" أو أخصائي العلاج بالقراءة Bibliotherapist[1].

وتتعدد التعريفات الخاصة بالعلاج بالقراءة، ومعظم هذه التعريفات متشابهة فيما بينها دون اختلافات تذكر[2]، فقد أشار "فير" و"نورتون" بالتعريف التالي "العلاج بالقراءة هو شفاء من خلال الإنتاج الفكري الأدبي"[3].

بينما حدد "دول، دول" أن العلاج بالقراءة ببساطة هو استخدام الكتب بالمشاركة بين الأفراد بغرض التعامل مع مشاكلهم الشخصية[4].

## ثانياً: التعريفات الاصطلاحية:

تنقسم التعريفات الاصطلاحية وفقاً لتخصصات المهتمين بكل مجال على النحو التالي:

### ١. المجال الطبي:

هناك العديد من العلماء وضعوا العديد من التعريفات في هذا المجال منها:

- أشار قاموس "لونجمان" لعلم النفس والطب النفسي[5] إلى أن مصطلح ببليوثيرابي عبارة عن "أحد أشكال العلاج التدعيمي الذي تجري فيه عملية اختيار دقيقة لعدد من القراءات الموصى بها لتحقيق أهداف بعينها منها:
  - مساعدة المريض على الاستبصار بديناميات[6] شخصيته.

---

1) عبد الله حسين متولي. مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة تطبيقية على مرضى الفصام. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، ٢٠٠٤. – ص ص ٤٠ – ٤١.

2) Schoch, Nate L. Bibliotherapy and Underrepresented Issues in Young Adult Literature : A Reference Gude . – Ms.c. , The Graduate School : Wisconsin, USA : University of Wisconsin-Stout, 2005 . – P. 9 .

3) Norton, T.L., & Vare, J.W. Bibliotherapy for gay and lesbian youth.Clearing House, Vol. 77(5), 2004 . - P. 190 .

4) Doll, B., & Doll . Bibliotherapy With Young People . – Englewood : Co. Libraries Unlimited, 1997 . – P. 190 .

5) Goldenson, Robert M. Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry . – New York : Longman, 1984 . – P. 97 .

6) الديناميات Dynamics : هي تلك القوى للحركة التي تؤثر في المجال النفسي للفرد.
المصدر :
Abdel Monem Alhefnee . Encyclopedia of Psychology & Psycho- Analysis . – 4th.ed. . – Cairo : Madbooli Bookshop, 1994 . – P. 245 .

- تيسير تقبل العلاج والاستجابة له، وتدعيم المعنوية[١].
- تقديم المعلومات الملائمة حول موضوعات بعينها، وتخفيف حدة التوتر[٢] من خلال التخيل المثير stimulating Fantasy[٣]".

- بينما يقول "آرماندو فافازا" حول "الببليوثيرابيا" عام 1966 وكان طالباً بكلية الطب في تلك السنة "إنه برنامج لنشاطات مختارة يتضمن فيما يتضمن مواد قرائية يتم التحكم فيها تحت إشراف طبيب بشري، كعلاج للمرضى النفسيين، ويتطلب إذا اقتضى الأمر المساعدة من جانب أمين المكتبة المتمرس"، وهو يعبر عن وجهة النظر الطبية الخالصة.
- ويستطرد "فافازا" مقرراً حقيقة ذات صلة وثيقة بالموضوع وهي أن لأمين المكتبة رؤيته في العلاج بالكتب، وللأخصائي الاجتماعي رؤيته، وللطبيب النفسي رؤيته، وللطبيب البشري رؤيته، بل وللمرضى رؤيتهم أيضاً في هذا الصدد، لكل منهم تجلياته وتفوقاته فيه، من حيث ما ينفع المريض من القراءات. ولكنهم لو اتفقوا على شيء واحد لكان ذلك رائعاً في إدارة دقة العلاج بالكتب[٤].

---

1) المعنوية Moral: هي القدرة على السيطرة على النفس والثقة بها، والدافعية القوية على الاستمرار والابتهاج والعمل المنظم.
المصدر:

Ibed. P. 489.

2) التوتر Tension: هو ذلك الإحساس الذي يسببه الصراع الداخلي أو الضغط الخارجي والذي يصاحبه استعداد لتغيير السلوك لمواجهة عنصر تهديد الموقف، وعادة ما يعتري الفرد إحساس التوتر هذا خلال معاناة من الانعصاب Stress الذي يحدث له من جراء وقوعه تحت ضغط Pressure.
المصدر:

Ibed . P. 881 .

3) التخيل المثير Stimulation Fantasy: هو حيلة دفاعية للهروب من الواقع والحصول على الإشباع من خلال تخيل النجاح، والتخيل حيلة مرغوب فيها وضرورية للإبداع، ولكنه يكون خطراً ومعوقاً عندما يفضله الفرد على الواقع ويعجز عن التمييز بين الحقيقة والخيال (لذا يراعى توخي أقصى درجات الحيطة والحذر عند اللجوء إلى استخدامه وتطبيقه في مجال العلاج بالقراءة حتى لا يأتي بنتائج عكسية أو غير مرغوب فيها).
المصدر:

Ibed . P. 301 .

4) شعبان عبد العزيز خليفة . العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، ٢٠٠٠. – ص ٢٥.

**٢. المجال النفسي:**

- لقد أوضح "مارك" أن نتائج العلاج بالقراءة لتخفيف حدة الضغط العصبي ناجحة في سبيل تعديل الحالة النفسية للمرضى، بل وتعديل في سمات الشخصية، وكيف استخدمت التقنيات المعرفية وممارستها مع العديد من المرضى، لتجنب الأحداث السلبية المستقبلية، والمشاكل الشخصية، كذلك ينبغي أن يكون العلاج مسبقاً لتجنب الدخول في حالة اكتئاب شديدة، كما أن منهجية العلاج تجعله أكثر نجاحاً[١].
- كما عرف "بنيامين" في قاموس علم السلوك[٢] مصطلح Bibliotherapy بأنه استخدام القراءة كتكنيك أو أسلوب علاجي، كذلك جاء في موسوعة علم النفس[٣] أن مصطلح Bibliotherapy هو أحد أشكال العلاج النفسي التدعيمي، ويشير إلى استخدام كافة الأشكال الأدبية سواء المطبوع منها أو غير المطبوع، بما في ذلك المواد السمعية والبصرية كمعينات في عملية العلاج، وقد يكون أسلوب العلاج فردي One-to-One أو جماعي، وهو ما يعرف بالعلاج الجمعي Group Base.

**٣. مجال المكتبات والمعلومات:**

- يعرف الدكتور شعبان عبد العزيز خليفة في قاموس البنهاوي[٤] العلاج بالقراءة بأنه "الاستعانة بقراءات مختارة لأغراض علاجية في الطب النفسي والصحة العقلية، وتهدف القراءة العلاجية إلى تحسين نظر المرء إلى الأمور، وإلى تعديل وتهذيب سلوكه، لذلك تمارس غالباً لعلاج الأفراد ذوي المشكلات الشخصية أو الاضطرابات العاطفية أو النفسية أو العقلية".

---

1) Floyd, Mark . Bibliotherapy as an Adjunct to Psychtherapy for Depression in Older Adults . – USA : Wiley Periodicals inc., 2003 . – JCLP/in Session : Psychotherapy in Practice, Vol. 59(2), P. 191 .

2)Wolman, Benjamin B. Dictionary of Behavioral Science . - 3rd.ed. – New York : Academic Press inc., 1989 . – p. 41 .

3) Corsini, Raymond J. Encyclopedia of Psychology . – 2nd.ed.- New York : John Wiley & Sons, 1994 . – P. 163 .

4) Shaban A. Khalifa . Al- Benhawy of Library and Information Science Terms . – Memorial ed. – Cairo : Al-Arabi, 1991 . – P. 54 .

- كما يعرف أخصائي العلاج بالقراءة Bibliotherapist بأنه "شخص لديه مهارة في العلاج بالقراءة، ومعرفة واسعة بالأدب، خاصةً القصص، وترشيد القراءة، ودراية بالتحليل النفسي والتوجيه والاتصال، وقدرة على التعامل مع الأفراد والجماعات"(١).
- أما الموسوعة الدولية لعلم المكتبات والمعلومات(٢) فتشير إلى أن العلاج بالقراءة هو علاج باستخدام مواد قرائية للمساعدة في حل المشكلات العاطفية والعقلية والاجتماعية، ويتم تطبيقه من جانب أمناء المكتبات، والمرشدين، والأخصائيين النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين، والمدرسين، بمساعدة بعض المتطوعين.

## ثالثاً: التعريف الإجرائي:

قامت "ريا جويس روبين"(٣) Rhea Joyce Rubin بوضع تعريف إجرائي للببليوثيرابي وهو أنه "برنامج نشاط يبنى على العمليات التفاعلية بين المواد المقروءة والناس الذين يقرؤونها، سواء كانت تلك المواد المطبوعة أو غير المطبوعة، خيالية كانت أو حقائق فإنها تقرأ وتناقش بمساعدة وسيط".

وهذا التعريف الإجرائي يعني ممارسة العلاج بالقراءة في المؤسسات العلاجية التقليدية أو في جلسات مجتمعية أو في المكتبات من خلال المطبوعات أو المواد السمعية البصرية والمواد الجديدة، وأياً كانت المعلومات المستخدمة في العلاج خيالية أو واقعية، فإن البرنامج العلاجي يتم من خلال إشراف وتوجيه شخص أو أكثر من المهنيين، والهدف من وراء ذلك إما إحداث التنمية الشخصية العادية أو تصحيح وتغيير سلوك نفسي غير سوي.

والحقيقة أن التعريفات السابقة تنطوي على عناصر قد تسبب خلافاً بين المشتغلين بالعلاج بالقراءة من علاج في الثلاثينات يركز على المرضى من ذوي الأمراض البدنية بالمستشفيات بغرض التعرف على أمراضهم ومضاعفاتها وتدخل في إطار

---

1) Ibed .

2) Feather, John & Paul Sturges . International Encyclopedia of Information and Library Science . – New York : Routledge, 1997 . – P. 33 .

3) Rubin, Rhea Joyce . Using Bibliotherapy : A Guide to Theory and Practice . – Phoenix : Oryx Press, 1978 . – p. 436.

"تعليم المرضى"، ثم أصبح يستخدم في سياقات تربوية مختلفة، بل وأصبح يستخدم حتى مع الأطفال الأسوياء في بعض الأنشطة الفكرية الخلاقة، كما أن العلاج بالقراءة الآن يستخدم في المكتبات العامة مع الكبار الأسوياء، ومع نزلاء مراكز المجتمع للصحة النفسية، ولكن القراءة بالدافع الذاتي، أو لمجرد أن المكتبة هي مركز للراحة النفسية لا يعتبر ببليوثيرابي[1].

ومن خلال ما سبق عرضه من تعريفات لغوية واصطلاحية وإجرائية للعلاج بالقراءة يتضح أن هناك شبه اتفاق على أن العلاج بالقراءة هو شفاء من خلال استخدام الإنتاج الفكري الأدبي، ولحل المشكلات الشخصية، وأنه علاج تدعيمي من خلال قراءات محددة يوصى بها من جهة المعالج سواء كان أمين المكتبة أو الأخصائي الاجتماعي أو الطبيب النفسي بغرض تعديل الحالة النفسية، وتقبل العلاج الطبي، ويتم تحديد المواد القرائية بناءً على الحالة النفسية للفئة الموجه إليها البرنامج، وأن المكتبة داخل المؤسسة الصحية هي المكان الأمثل لتقديم العلاج بالقراءة، حيث تكون بعيدة عن حجرات المرضى بغرض البعد عن جو السأم والكآبة، كما أن هناك اختلافاً حول القائم على العلاج بالقراءة، من أمين المكتبة إلى الطبيب النفسي أو الأخصائي الاجتماعي، وحول نوعية المواد المقروءة من قصص واقعية أو خيالية أو كتب حقائق، أو وسائط غير تقليدية تحتوي على أفكار محددة موصى بها من قبل القائم على العلاج بالقراءة، وأيضاً هناك اختلاف حول مكان العلاج بالقراءة سواء بالمكتبة داخل المؤسسة الصحية أو المكتبة بأي موقع آخر، أو من خلال الجلسات المجتمعية، ولا أرى غضاضة في مكان العلاج بالقراءة، ويرجع ذلك وفقاً لحالة المريض و التي قد تستدعي تلقي العلاج بالقراءة داخل غرفته بالمستشفى نظراً لتلقيه العلاج لفترات طويلة عن طريق الحقن، مما يصعب معه وجود وقت كاف للجلوس بالمكتبة، أو لعدم تمكنه من مغادرة غرفته خوفاً من العدوى منه أو عليه، كما أن ممارسة العلاج بالقراءة تجاه الأطفال يجعل هناك كثيراً من المعايير التي تكون عرضة للتعديل لتتناسب مع ظروفهم وإمكاناتهم.

ختاماً لهذا، هناك تساؤل أثار ومازال يثير كثيراً من اللغط حول جوهر ماهية العلاج بالقراءة، وهو: هل العلاج بالقراءة علم أم فن؟ ويجيبنا الدكتور "شعبان

---

1) شعبان عبد العزيز خليفة . العلاج بالقراءة أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب. مرجع سابق. ص ص ٣٣ – ٣٤.

خليفة"[١] على هذا التساؤل في كتابه قائلاً "إن وصف القراءة لعلاج مرض عقلي أو بدني يمكن النظر إليه على أنه علم العلاج بالقراءة أو علم الببليوثيرابي، بينما محاولة علاج عيوب الشخصية، أو مساعدة الفرد في حل مشكلاته الشخصية من خلال التوصية أو الاقتراح بقراءات محددة مناسبة من جانب أمين المكتبة أو الشخص المتخصص في هذا النوع من العلاج من خارج الهيئة الطبية، فيمكن النظر إليه على أنه فن العلاج بالقراءة أو فن الببليوثيرابي.

# النشأة والتطور

ترجع الإرهاصات الأولى للعلاج بالقراءة كممارسة منضبطة ونمط من العلاج المحدد الهدف إلى عام 1802، حيث أطلق الدكتور "بنيامين رش" Benjamin Rush[٢] دعوته إلى استخدام القراءة في علاج المرضى العقليين، ثم أوصى في عام 1812 بضرورة استخدام كتب القصص والكتب الدينية ضمن روشتة العلاج لمرضاه العقليين كتكنيك تحويلي من جانبه يسعى من خلاله إلى صرف أذهان هؤلاء المرضى عن التفكير في مشكلاتهم ومرضهم.

بينما يعود تاريخ العلاج بالقراءة إلى عام 1930 حينما بدأ المكتبيون في إعداد قوائم بالأعمال التي تساعد الأفراد على تعديل أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم لأغراض علاجية، وقد عمل بعض الاستشاريين مع المتخصصين والعاملين بمجال المكتبات الطبية في اختيار ما هو مناسب من الإنتاج الأدبي للأفراد المعنيين بالعلاج بالقراءة لمواجهة مشاكلهم النفسية والمساعدة على حلها وتخفيف حدة التوتر[٣].

كما أرجع الدكتور شعبان خليفة نشأة العلاج بالقراءة إلى العصور القديمة، فذكر أن الشعارات التي كتبت على جدران المكتبات المصرية القديمة كانت تقول "هنا علاج الروح"، "بيت علاج النفس"، وهذا ما نصادفه على مكتبات المعابد، والأكاديميات المصرية القديمة، والنموذج على هذا مكتبة معبد رمسيس، مكتبة معبد إدفو، مكتبة

---

1) شعبان عبد العزيز خليفة. العلاج بالقراءة أو الببليوثرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب. مرجع سابق. ص ص ٣٧ - ٣٩.

2 ) Brown, Eleanor Frances . Bibliotherapy and Its Winding Applications . – New Jersy, Crow Press, 1974 . – P.P. 13 – 14 .

3) http://www.ericdigests.org/2003-4/bibliotherapy.html ( Cited 17/4/2012 )

معهد دندرة، وانتقل ذلك إلى البابليين والآشوريين ثم بعد ذلك إلى اليونان والرومان الذين اقتبسوا هذا الشعار من المصريين وأطلقوه على مكتباتهم. وأياً كان مدلول الشعار وتطبيقاته فإنه كان بالضرورة يعني أن الكتب ممكن أن تستخدم في علاج الروح أو هي علاج للروح إذا سقمت وللنفس إذا اعتلت(١).

فمصطلح العلاج بالقراءة بدأ في الظهور في النصف الأول من القرن العشرين، إلا أن الممارسة الفعلية لهذا النوع من العلاج يضرب بجذوره إلى الحضارة المصرية القديمة، إذ فطن قدماء المصريين إلى القوة التأثيرية التحويلية للكتاب، سواء أكان هذا التأثير بالإيجاب أم السلب، ومن ثم نجدهم كانوا يقرؤون بعض مقاطع من الشعر والأدب والحكم، وكذا بعضاً من التراتيل والتلاوات التي يضمها "كتاب المتى" على مسامع المرضى ومن يحتضر بهدف طمأنتهم وبث السكينة والهدوء في نفوسهم، بل إنه في مكتبة الإسكندرية نفسها كانت قاعة القراءة الخاصة بالملك رمسيس يطلق عليها "مستشفى الروح hospital of The Soul"(٢).

ثم تطور الأمر بعد ذلك خلال عصر الدولة الإسلامية، وبالتحديد في القرن الثالث عشر الميلادي خلال حكم الخليفة المنصور حيث كان يتم العلاج بالقراءة إلى جانب الخدمات الصحية العلاجية بالمستشفى أو "البيمارستان"، وهذه الخدمة كان يقوم بها أحد الشيوخ بتلاوة بعض آيات من القرآن الكريم(٣).

وقد شهدت القرون التالية مزيداً من استخدام الكتب المقدسة والكتابات الدينية الأخرى في علاج المرضى مما أدى إلى دعم مكتبات المستشفيات والمؤسسات العلاجية، وربما كما تقول "روث تيوز" لأن الدين يحث الإنسان على أن يكون أفضل وأن يتطهر ويخاطب الروح أكثر من أي شيء آخر، فقد نشأ علم الببليوثيرابيا في أحضان الدين، والقراءة هنا تجعل الإنسان أفضل، وفي أثناء المرض والعوز تكون حاجته إلى ذلك أهم وأعمق(٤).

---

1) شعبان عبد العزيز خليفة . العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا . – القاهرة : الدار المصرية اللبنانية ، ٢٠٠٠ . – ص ٥٥ .

2) Jackson, Holbrook . The Anatomy of Bibliomania . – New York : Avenel Books, 1981 . – p. 337 .

3) Tews, Ruth . Encyclopedia for Library and Information Science . –New York : Dekker, 1986 . – Vol.2, P. 448 .

4) شعبان عبد العزيز خليفة . العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا . – القاهرة : الدار المصرية اللبنانية ، ٢٠٠٠ . – ص ٥٦ .

أما بداية الاهتمام بالعلاج بالقراءة من جانب المكتبيين فيرجعها البعض إلى عام 1904، حيث شهد هذا العام تحديدَ مكتبة مستشفى "ماكلين" Mclean التابع لمستشفى "ماساشوسيتس" العام بولاية "ماساشوسيتس" الأمريكية للتوصيف الوظيفي للمكتبي الذي يعمل بها، والذي كان من بين عناصره المهارة في اختيار وتوظيف الكتب المناسبة للمرضى، وكذلك القدرة على إقامة الحوار وحلقات النقاش حول تلك الكتب مع هؤلاء المرضى، وتعتبر إ.ك.جونز E.K.Jones أول أمينة مكتبة تتولى مسئولية برنامج مخصص للعلاج بالقراءة للمرضى العقليين بهذا المستشفى، وكانت أول من فتح الباب لجعل الببليوثيرابيا فرعاً من فروع علم المكتبات والاعتراف به، إلا أن البرنامج توقف بسبب نقص التمويل وانتهاء عمل الأمينة في ذلك البرنامج(١).

وقد كان "صموئيل كروزر" عام 1916 من أوائل الذين قاموا بوصف مصطلح العلاج بالقراءة أو المعالجة بالكتب، فقد استعرض أهمية استخدام الكتاب في مساعدة المرضى على فهم مشاكلهم وحلها(٢).

وفي عام 1928 قام "إدوين ستاربوك"(٣) بتحرير "دليل كتب الأطفال من أجل تنمية الشخصية"، وكان هذا العمل هو أول ثمرة لمعهد بحوث الشخصية الذي أنشئ عام 1921 في "جامعة أيوا"، وقد جاء إنشاء هذا المعهد ثمرة جائزة وطنية قدمت للجامعة بعد تقديم "خطة أيوا لتعليم الشخصية" والتي استبعدت تماماً أسلوب الوعظ في تعليم الأخلاق في المناهج الدراسية وأحلت محله الطريقة الديناميكية التي بمقتضاها يتعلم الأطفال الأخلاق من خلال الفن والموسيقى والأدب. ولكي يساعد المدرسين على تنفيذ الخطة، تضمن الدليل المذكور قائمة كتب موزعة على الصفوف الدراسية اشتملت على قصص الخرافات والأساطير، وفي مجلد آخر نجد قائمة بكتب القصص، وقائمة بالمواقف مرتبة حسب المواقف الأخلاقية الواردة والجانب من الشخصية الذي يدعم الموقف، ومع الدليل خمسة كشافات بالمؤلف، والعنوان، وعنوان القطع المختارة،

1) Brown, Eleanor Frances . Bibliotherapy and Its Winding Applications . – New Jersy, Crow Press, 1974 . – P.P. 281 – 282 .

2) Crothers, S. M. A Literary Clinic', Atlantic Monthly 118, P.P. 291–301.

3) Starbuck, Edwin D. A Guide to Literature for Character Training . – New York : Macmillan Co., 1928 . – Vol. 1 .

والموقف الأخلاقي، والاتجاه (التكيف والمسئولية)، ويعتبر هذا العمل الببليوجرافي أول مرجع مصنف وفقاً للاحتياجات الشخصية الخلقية(١).

وبدايةً من عام 1930 حملت "آليس بريان" Alice Bryan لواء تأكيد أهمية قراءة الكتب بهدف تغيير اتجاهات وسلوكيات الأفراد إزاء مشكلاتهم الحياتية، ولكي يتم ذلك بنجاح ينبغي إجراء البحوث والدراسات من جانب أخصائي العلاج النفسي، وتضمين مناهج مدارس ومعاهد المكتبات علم نفس القارئ، حيث تفتح مثل هذه الدراسات المجال لتعرف العلاقة المتبادلة التي تربط بين الكتب من جهة، والقراء أو المستفيدين من جهة أخرى(٢).

في عام 1939 أنشأ قسم المستشفيات بجمعية المكتبات الأمريكية Hospital Division of The American Library Association أول لجنة مختصة بالعلاج بالقراءة وهي Bibliotherapy Committee بهدف دراسة العلاج بالقراءة وجعله كمقرر في تدريس المكتبات والمعلوماتية كموضوع متعدد الارتباطات، وكذلك إعداد الدراسات المسحية والببليوجرافيات ومخططات البحوث حوله(٣)، ومنذ ذلك الحين أصبح العلاج بالقراءة محور اهتمام ونقطة التقاء عديد من المجالات، يأتي في مقدمتها الطب، والطب النفسي، وعلم المكتبات والمعلومات، والسيكودراما (الدراما النفسية)(٤)، والتي أصبحت فيما بعد تعرف بالعلاج بالدراما.

أما الفترة من عام 1949 إلى 1951 فقد شهدت عدداً من الأعمال والدراسات الأكاديمية وبعض التطبيقات العملية، قام بها العديد من الباحثين بالجامعات ومدارس المكتبات، والتي من أهمها رسالة الدكتوراه لـــ "كارولين شرودز" Carolin Shords

---

1 ) شعبان عبد العزيز خليفة. مرجع سابق، ص ص ٦٣ – ٦٤.

2) Smithm Alice Gullen . Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy : A state of The Art in: Advances in Library Administration and Organization . – Vol. 1991 . – P 37 .

3) Corsini, Raymond J. Encyclopedia of Psychology . – 2nd. Ed. – New York : John Wiley & Sons, 1994 . – P. 163 .

4) السيكودراما Psychodrama: وهو درب من العلاج النفسي اخترعه "مورينو"، يطلب فيه من المريض أن يمثل مسرحية تصور أعراضه ومشكلاته، ويتولى الأدوار الأخرى أعضاء من الفريق الذي يتم علاجه، وتتصل هذه الطريقة في العلاج بمناهج الإسقاط.

المصدر:

Abdel Monem Alhefnee . Encyclopedia of Psychology & Psycho – Analysis Op.Cit . – P.P. 672 – 673 .

بعنوان "الببليوثيرابيا: دراسة نظرية وتجريبية – إكلينيكية"، وتعتبر أول رسالة أكاديمية لنيل درجة الدكتوراه في مجال العلاج بالقراءة والتي أجيزت عام 1949، حيث وضعت إطاراً نفسياً لديناميات[١] العلاج بالقراءة كعلم، باستخدام مصطلحات "فرويد"، وبعض الأساليب مثل التوحد أو التقمص Identification، والتخيل Imagine or Fantsy والتنفيس الانفعالي Abreaction، والتفريغ Catharsis، والاستبصار Insight، لشرح أهمية الإنتاج الفكري الأدبي للمريض[٢].

كما قام "ستاين" Stien من جامعة "ويسترن ريزيرف" .Western Reserve Univ بطرح تصور للعلاج التطبيقي بالقراءة، وقائمة ببليوجرافية شارحة بالإنتاج الفكري في هذا المجال في الفترة من عام 1940 إلى 1949[٣]، كما يرجع الفضل إلى "هرتمان" Hartman بجامعة "ستانفورد".Stanford Univ في وضع أساس علمي لاستخدام الإنتاج الفكري الإبداعي كأسلوب إسقاطي لحل المشكلات الخاصة بالفرد، كما ينبغي تقديم إنتاج فكري محدد لمشكلات بعينها يعاني منها الفرد[٤].

وفي خلال عقدين من الزمان ما بين 1950 و 1970 اشتد العمل والنشاط البحثي بمجال العلاج بالقراءة، فقد لاحظ "كوفيل" أنه في العقد 1950 – 1960 نشر ثلثا الإنتاج الفكري في الموضوع من خارج تخصص المكتبات ومن جانب تخصصات أخرى متباينة، ومن الغريب أن أكثر من ٨٠% من خارج مهنة الطب، أي أن الببليوثيرابيا لم يعد قاصراً على العلاج التقليدي الإكلينيكي داخل المستشفيات، بل إن تطور العلوم الاجتماعية والنفسية تطوراً كبيراً 1960 – 1970 قد ساعد على قبول الببليوثرابيا كفن على نطاق واسع، كما كان هناك تقدم ملحوظ في مجال المكتبات لإدخال مقررات وبرامج دراسية تتعلق بمكتبات المستشفيات[٥].

1) الديناميات Dynamics : هي تلك القوى المحركة التي تؤثر في المجال النفسي للفرد .
المصدر:

- Abdel Monem Alhefnee . Encyclopedia of Psychology & Psycho – Analysis,Op. Cit. P. 245 .

2) Rubinm Rhea Joyce . Bibliotherapy : A Guide to Therapy and Practice . – Arizona : Oryx Press, 1978 . – P. 36 .

3) Beatty, William K. Historical Review of Bibliotherapy . – Library Trends, 14 Oct., 1962 . – P. 111 .

4) Smith, Alice Gullen . Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy, Op. Cit. P. 37 .

5) Coville, w. j. Bibliotherapy : Some Practical Considerations Hospital Progress . – 41 (April/May, 1960) . – P.P. 138 – 142 .

وفي تجربة رائدة عام 1976 للباحثة "هيلين إلزر" Helen Elser أمينة المكتبة الطبية المتقاعدة والمشرفة على مكتبة "فراسيز لينهان التذكارية Frances Linhan Memorial Library بالتعاون مع رئيس قسم العلاج المهني بمستشفى "دينفر" Danvers بولاية "ماساشوسيتس" الأمريكية، قامت بتطبيق برنامج للعلاج بالقراءة بمنحة قدرت بحوالي عشرين ألفاً من الدولارات، وقد اعتمد البرنامج على مجموعة من الأشعار البسيطة القصيرة ما بين 4 – 20 بيتاً ومفعمة بتدفقات من التفاؤل والبهجة[١].

كما ألمحت إحدى الدراسات المسحية المقارنة عام 1989 حول مدى جدوى وفعالية الاعتماد على العلاج بالقراءة فقط دون أية علاجات أخرى إلى جانبه، إلى أن هذا النمط من العلاج يحقق نجاحاً أكبر إذا ما استخدم كعلاج مساعد أو مكمل للعلاجات الأخرى، كما بدأ المسئولون عن العملية التعليمية والمربون الالتفات إلى العلاج بالقراءة كأحد السبل لمواجهة بعض المشكلات لدى الأطفال مثل التهرب من التعليم، وأطفال الشوارع، كما بدأ علماء السلوك والاجتماع يوصون ببعض القراءات العلاجية ضمن ما يعرف "ببرامج مساعدة الذات" Self-help Programs وأطلق عليها "كتب مساعدة الذات" Self-help Books مثل سلسلة "دع القلق وابدأ الحياة" و"كيف تتعامل مع الناس" و"استجابة الاسترخاء"، وقد لوحظ أن مثل هذه الأعمال تتقدم على الأعمال الشعرية والأدبية في قائمة الكتب التي توصف كمعالجات من جانب أخصائي الصحة النفسية للمترددين عليهم[٢].

وينبغي التمييز بين كل من الإرشاد القرائي أو خدمات القراء بشكل عام وبين العلاج بالقراءة، فما يزال هناك كثير من الخلط يسيطر على أذهان أمناء المكتبات حول الخط الفاصل بينهما، ومع ذلك فهناك كثير من العاملين في حقل المكتبات بذلوا محاولات لفض هذا التداخل ومن أبرزهم "هيلدا تابا" Hilda Taba عام 1949 التي ارتأت أن الأعمال الأدبية تعمق الفهم وتزيد من الوعي والإحساس بالآخرين، والشعور بالقيم والمبادئ الحياتية، وقد دعمت توجهها بوضع أسس نظرية وممارسات عملية تسانده[٣].

---

1) Elser, Helen . Bibliotherapy in Practice, Library Trends, Vol. 30, no. 4, 1982 . – P.P. 647 – 659 .

2) Klemens, Lynne . Are Handicapped Adolescents Interested in Reading Fiction with Handicapped Characters? M.A. Thesis, Kean College, 1993 . p.p. 211 – 232 .

3) American Council on Education Committee on Inter-Group Education Cooperating Schools . Reading Ladders for Human Relation . – 6th. Ed. – Washington : The Committee, 1981 . – Pp. 3 – 7 .

وأخيراً فقد شهدت السنوات الأخيرة مزيداً من الانتعاش في مجال العلاج بالقراءة نظراً لصلته الوثيقة بالأدب والأعمال الفكرية، وتمشياً مع هذا المنحى أقيمت مائدة مستديرة لأمناء مكتبات العلاج بالقراءة والصحة العقلية، أما أحدث التطورات التي حدثت على صعيد مهنة المكتبات فيما يتعلق بمجال العلاج بالقراءة، فهو استحداث درجة وظيفية في الحكومة الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية لأخصائي العلاج بالقراءة Bibliotherapist يلزم لمن يشغلها تلقي عدد من الدورات التدريبية والإشرافية، بالإضافة إلى عمله الفعلي لمدة عام على الأقل في مجال العلاج بالقراءة(١).

كما لم يعد العلاج بالقراءة يقتصر على المرضى النفسيين فقط، بل أصبح يستخدم أيضاً كأداة فعالة لمساعدة المصابين بمرض عضوي في التغلب على الآثار السلبية النفسية التي تعتريهم من جراء مرضهم، وأساليب علاجه المختلفة(٢)، وكذلك الأشخاص العاديين الذين يعانون من مشكلات شخصية أو اجتماعية، كما لم يعد تطبيق هذا النمط من العلاج مقصوراً على أمناء المكتبات والأطباء، بل دخل الساحة العلاجية تخصصات أخرى من علم النفس والاجتماع، كما استخدمت كتب الأطفال في إعداد وتهيئة الأطفال والأمهات والآباء في التعرف على الإصابات المرضية لأطفالهم والتوعية بعلاجهم وما تستتبعه العمليات الجراحية والخاصة بمجال الأنف والأذن والحنجرة من نتائج وكيفية التعامل معها(٣)، ومع تعاقب الأزمنة وظهور التقنيات الحديثة لم يعد الأمر مقتصراً فقط على الكتاب في شكله المطبوع وإنما تطرق إلى استخدام أشكال أخرى مثل المواد السمعية والبصرية، والوسائط المتعددة، فضلاً عن الخدمات المتاحة على شبكة الانترنت، بمعنى أن مصطلح العلاج بالقراءة لم يعد يقتصر على مطالعة الكتب فقط، وإنما أصبح هذا المصطلح يستخدم بأوسع معانيه وهو استخدام المعلومات أياً كان القالب الذي صبت فيه.

---

1) Corsini, Raymond J. Encyclopedia of Psychology . – 2nd. Ed. – New York : John Wiley & Sons, 1994 . - P. 163 .

2) Pardeck, J. T. Using Bibliotherpy in Clinical Practice : A Guide to Self-Help Books . – Westport, CT : Greenwood Press, 1998. – p. 33 .

3) Felder-Puig, Rosemarie & Others . Using a Children's Book to Prepare Children and Parents for Elective ENT Surgery : Results of a Randomized Clinical Trial . – Ireland : Elsevier Science Ireland, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2003, 67 . – P.P. 37 – 39 .

# أهداف العلاج بالقراءة

أوجزت "ليا ديفيز" - الحاصلة على ماجستير التربية من قسم علم النفس والإرشاد بجامعة "أوبورن" بالولايات المتحدة الأمريكية وتعمل معلمة وخبيرة بتعليم الأطفال ورعايتهم نفسياً وتربوياً في مقالتها عام 2009 بعنوان "استخدام العلاج بالقراءة مع الأطفال" - أهداف العلاج بالقراءة في ستة أهداف وهي(١):

١. التحقق من مشاعر الأطفال.

٢. تحفيز النقاش.

٣. الوعي الذاتي.

٤. اكتشاف مهارات إيجاد الحلول والتكيف.

٥. إدراك أن الأطفال الآخرين لديهم مشاكل مماثلة.

٦. وضع خطط لحل المشاكل.

كما حدد "كورتنر"(٢) و"جون"(٣) أن استخدام العلاج بالقراءة بغرض تحقيق الأهداف التالية:

١. تنمية وعي الفرد بذاته من خلال تقديم المعلومات اللازمة له.

٢. زيادة الفهم للسلوك والدوافع.

٣. تدعيم الثقة في الذات والقدرات.

٤. التخفيف من الضغوط النفسية والعصبية.

٥. التعريف بأن هناك آخرين لديهم مشاكل مماثلة ويستطيعون التغلب عليها أو التعايش معها.

٦. إحاطة الفرد بأن هناك أكثر من حل لمشكلته مهما كان حجمها.

٧. تبصير الفرد بمشكلته من خلال مناقشتها بشكل أكثر تحرراً.

٨. المساعدة على وضع خطة منظمة لحل المشاكل.

٩. إكساب الفرد قيماً واتجاهات جديدة.

---

1) http://www.kellybear.com/TeacherArticles/TeacherTip34.html , ( Cited 22/4/2012 )

2) Aiex, Nola Kortner. Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/-eric-_rec/ieo/digests/d82.html, (Cited 22/4/2012).

3) Pardeck, John T. Using Books in Clinical Social Work Practice : Op. Cit. PP. 5 – 6 .

بينما ذكر الدكتور "شعبان عبد العزيز خليفة" في كتابه "العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا" أن "جون بارديك" قد لخص تلخيصاً دقيقاً في كتابه "استخدام الكتب في الممارسة الإكلينيكية للعمل الاجتماعي: دليل إلى العلاج بالقراءة" أهداف العلاج بالقراءة من واقع الكتابات التي غطت تلك النقطة، فذكر أنها سبعة أهداف وهي:

١. تقديم المعلومات.
٢. تهيئة الظروف للتبصر.
٣. تهيئة الظروف لمناقشة أبعاد المشكلة.
٤. الوصول إلى قيم واتجاهات جديدة.
٥. لفت الانتباه إلى أن الآخرين لديهم نفس المشاكل.
٦. إيجاد حلول للمشكلات التي تسبب المرض.
٧. ربط الإنسان المريض بالواقع وإيجاد حلول واقعية لمشاكله.

وأخيراً فإن العلاج بالقراءة تكمن أهميته في أنه يمكن أن يكون أداة فاعلة في مساعدة المرضى على مواجهة المشاكل القائمة، وأن التبصر أو الوعي الذاتي من أهم أهدافه، وأن من خلاله يمكن اكتشاف مداخل متنوعة لاقتحام أية مشكلة، وكيف يكون واقعياً في حل تلك المشاكل[١]، كما تحدث أخصائي العلاج النفسي "لويس جوتشولك"[٢] عام 1948 عن أغراض العلاج بالقراءة فقال: "إن القراءة الموصوفة يمكن أن تساعد المريض على أن يهم بطريقة أفضل انفعالاته النفسية والفسيولوجية إزاء الإحباط والصراع، وتساعد على التواصل بين المعالج والمريض، كما تساعد المريض على التلفظ بمشكلاته التي يجد صعوبة في الأحوال العادية لمناقشتها بحرية ربما بسبب الخوف أو الخجل أو الشعور بالإثم أو العار أو الجرم، فالقراءة الموصوفة تحفز المريض على إعادة تحليل سلوكه واتجاهاته، وتقدم إمكانيات ضخمة للرضا العام، وتوسع مساحة الرغبة عند المريض".

---

1) شعبان عبد العزيز خليفة. مرجع سابق، ص ص ١٣٩ – ١٤٢.

2) Gottschalk, Louis A. Bibliotherapy as an Adjunct in Psychiatry . – American Journalof Psychiatry . – 104, (April, 1948) . – P.P. 632 – 637 .

# أنواع العلاج بالقراءة

تعتبر "أليس برايان"[1] أول من أثارت قضية تقسيم العلاج بالقراءة إلى أنواع في مقالتها عام 1939 بعنوان "هل يمكن أن يكون هناك علم للعلاج بالقراءة؟"، وقد أجابت بالإيجاب، وأضافت بضرورة وجود هيئة من الممارسين والعلماء قبل أن يصبح المجال علماً، ومنذ ذلك الوقت والجدل ثائر حول ما إذا كان العلاج بالقراءة علماً أم فناً. وقد أكدت أنه إذا كان وصف القراءة بهدف علاج مرض عقلي أو بدني، فيمكن النظر إليه على أنه علم، بينما محاولة علاج عيوب الشخصية أو مساعدة الفرد في حل مشكلاته الشخصية من خلال التوصية أو الاقتراح بقراءات محددة مناسبة للمشكلة من جانب أمين المكتبة أو أي فرد آخر خارج الهيئة الطبية فإن ذلك ينظر إليه على أنه فن العلاج بالقراءة.

أما "إيفالين جاكسون"[2] فقد اقترحت تقسيم العلاج بالقراءة إلى فطري (فن)، ويقوم به الشخص الهاوي نتيجة ثقافته وخلفيته الشخصية، والآخر مكتسب (علم)، ويقوم به شخص دارس، ومؤهل، ومتمرس على هذا الشيء، كما اقترحت تقسيماً آخر وهو الببليوثيرابي، والببليوثيرابي الإكلينيكي (السريري)، ويمارسه متخصص في الصحة النفسية، ولديه تدريب على العلاج بالقراءة، ويقوم باستخدام العلاج بعد تشخيص الحالة وتقييمها.

ومن جهة أخرى استخدمت "بولين أوبلر"[3] أربعة مصطلحات لوصف العلاج بالقراءة، فهي تعتقد بوجود أربعة أقسام وهي: الببليوثيرابي التشخيصي، والببليوثيرابي الإكلينيكي (السريري)، والببليوثيرابي التنموي، والببليوثيرابي الوقائي ويكمن في القراءة التي يقوم بها شخص يشفى من مرض عقلي ليحمي أفكاره من العالم الخارجي بينما هو في طور النقاهة من مرضه، ويعتقد كثير من المشتغلين بالعلاج بالقراءة أن الببليوثيرابي الوقائي لا يدخل في الببليوثيرابي.

والشكل التالي:

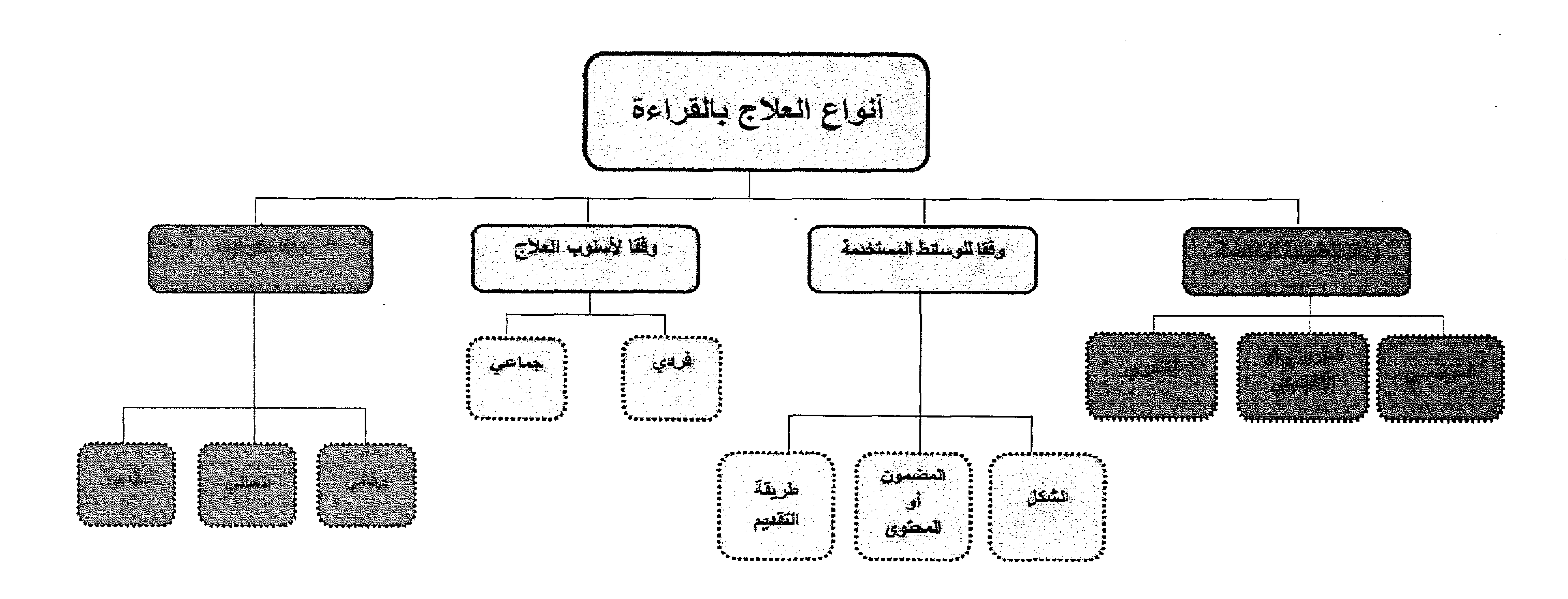
شكل رقم (١) يوضح أنواع العلاج بالقراءة وفقاً للمتغيرات المختلفة.

1) Bryan, Alice I. Can There Be a Science of Bibliotherapy? . – Library Journal . – 64, (Oct., 15, 1939) . – P.P. 773 – 776 .

2) Jackson, Evalene P. The Therapeutic Value of Books . – Modern Hospital . – 25, (July, 1995) . – P.P. 50 – 51 .

3) Opler, Pauline . The Origins and Trends of Bibliotherapy as a Device in American Mental Hospital Libraries . – M.S. Thesis, San Jose State College . – 1969 . – P.P. 33 – 35

شكل رقم ( ١ )* أنواع العلاج بالقراءة




* تم تصميم هذا الشكل بواسطة الباحث

يتضح من الشكل السابق أنه يمكن تقسيم أنواع العلاج بالقراءة وفقاً لعدة متغيرات، ويمكن إجمالها فيما يلي:

## أولاً: توقيت إجراء العلاج بالقراءة[1]:

وفقاً لهذا المتغير يمكن تقسيم العلاج بالقراءة إلى ثلاثة أنواع وهي:

**١. علاج بالقراءة قبلي أو وقائي: Preventive Bibliotherapy**

يستفيد من هذا النوع من العلاج جميع الأفراد دون تمييز، حيث يهدف إلى تسليح الأفراد بمخزون معرفي من المعلومات تجنباً لما قد يقعون فيه من مشكلات نفسية أو اجتماعية أو أمراض في بواكيرها الأولى.

**٢. علاج بالقراءة آني أو حالي: Present Bibliotherapy**

وهو الأكثر انتشاراً، حيث يعتمد على دراسة أبعاد المشكلة الحالية التي يعاني منها الفرد والمراد علاجها اعتماداً على تجميعة منتقاة بدقة من المواد القرائية، مع بحث في الجذور العميقة لهذه المشكلة في التاريخ البعيد لحياة الفرد.

**٣. علاج بالقراءة بعدي أو نقاهي: Convalescent Bibliotherapy**

ويبدأ هذا العلاج من النقطة التي ينتهي عندها النوع السابق، فينبغي وضع برنامج نقاهي يضمن ثبات واستقرار الحالة، بمعنى آخر أنه ينبغي لأي برنامج علاج بالقراءة يراد له النجاح ألا يتوقف بالمريض عند بوابة المستشفى بل يمتد إلى المجتمع الخارجي عن طريق ربط المريض بإحدى المكتبات العامة القريبة من مسكنه، مع التأكيد على تبادل الأمينين داخل المستشفى وخارجها الآراء والرؤى بما يعجل بتأهيل المريض وتحسن حالته الصحية.

---

1) يميز الدكتور يحى الرخاوي بين كل من الوقت والتوقيت فيما يتعلق بالعلاج بشكل عام، حيث يشير إلى أن الوقت Time يشمل بعدين: أولهما أن المريض يحتاج إلى وقت طويل حتى يشفى، وثانيهما أن الطبيب لابد أن يعتبر أن أي تقدم لمرضاه يتم من خلال ما يعطيه من وقت يتعلم فيه ويتعلم منه. أما التوقيت Timing فهو يتعلق بضبط إيقاع التدخل والتفسير ضبطاً يتناسب مع مسيرة المريض وقدرة الطبيب في كل آن.
المصدر:
يحي الرخاوي. دراسة في علم السيكوباثولوجي (شرح سر اللعبة). – القاهرة: جمعية الطب النفسي.

## ثانياً: أسلوب إجراء العلاج بالقراءة:

وينقسم وفقاً لهذا المتغير إلى:

**١. العلاج الفردي واحد – لواحد (المعالج و/ أو الميسر – المريض)**
**One to One Base (Client / Therapist and/or Facilitat)**

ويتم فيه التركيز على فرد محدد، ودراسة حالته المرضية، واقتراح المواد القرائية المناسبة لحالته على جلسات محسوبة، ثم مناقشته حول هذه القراءات واستيضاح الأثر التحويلي لها[١].

**٢. العلاج الجمعي واحد – لمجموعة (المعالج و/ أو الميسر – المرضى)**
**One to Group Base (Clients / Therapist and/or Facilitator)**

يقدم المعالج جرعة قرائية لمجموعة من الأفراد الذين يعانون من مشكلات متشابهة أو متقاربة، ثم تعقد جلسة نقاش حول هذه القراءات لتبادل الأفكار تحت إشراف المعالج، وتتسم هذه الطريقة بالتركيز على الاستبصار والإدراك من جانب المجموعة[٢].

## ثالثاً: المواد المستخدمة في العلاج بالقراءة:

تذكر "هيلين إلزر" Helen Elser أن المواد المستخدمة في العلاج بالقراءة، وكيفية الاختيار، والأسلوب الذي تقدم به، أشياء يغلب عليها طابع الخصوصية، ومن الصعوبة وضع معايير تقبل التعميم بالنسبة لها، حيث يختلف التأثير مع مريض بعينه تحت ظروف معينة عن مريض آخر. لذا فهي تنصح المعالج بالقراءة ببناء مجموعته

---

1) عبد المجيد طاش نيازي وآخرون. العلاج الفردي = Individual Therapy. – الرياض: مكتبة الرشد، ٢٠٠٧. – (سلسلة الخدمة الاجتماعية، قضايا مهنية؛ ٦). – ص ص ٤ – ٥.

2) يكسب العلاج الجمعي المريض ميزتين تمثلان خطوتين أساسيتين على طريق العلاج وهما:
الأولى: الاعتماد على المصادر الذاتية حيث يصبح احتياجه للآخرين مرتبطاً بمواقف معينة
أما الثانية: فهي القدرة على ممارسة الأنشطة، أي ممارسة الحياة مع كل الناس بالقدر الذي يحتاج إليه في سلوكه اليومي المختار.
المصدر:
عماد حمدي. العلاج الجمعي: دراسة دينامية لاتجاه مصري. – القاهرة: دار الغد للثقافة والنشر، ١٩٧٨. – ص ٣٣.

الخاصة وفقاً للقدرات الذهنية والنفسية لمن يريد علاجهم على أن يراعى فيها البساطة في الفهم والقصر غير المخل في الحجم(١).

ومن الممكن عرض المواد المستخدمة في العلاج بالقراءة من ثلاثة جوانب، وهي:

### ١. شكل الوسيط المستخدم:

وفقاً لشكل الوسيط المستخدم نجد أن لدينا مواد مطبوعة، وأخرى مسموعة، وثالثة مرئية، وغيرها من المواد المحملة على وسائط ممغنطة ومليزرة سواء التي يتم تشغيلها على أجهزة خاصة بها، أو التي يتم تشغيلها عن طريق الحاسب الآلي، وكلها وسائط من الممكن استخدامها في العلاج بالقراءة.

### ٢. مضمون الوسيط أو محتواه:

ويقصد بالمضمون المحتوى الفكري للوسيط، ولدينا العديد من الأنماط مثل: الكتب السماوية، والقصص الخيالية والواقعية، والأشعار، والحقائق، وكتب الإرشاد الذاتي، وكتب آداب السلوك، وكتب الروح(٢).

### ٣. طريقة تقديم الوسيط:

ومن الممكن تقسيمها من هذا الجانب إلى:

- ببليوثيرابيقا تقليدية: بحيث يقوم المريض بقراءة المادة، أو يقوم أحد الأشخاص بقراءة هذه المواد له.
- ببليوثيرابيقا شفوية: بحيث يتم توصيل المواد القرائية الشفوية للمريض.
- العلاج بالكتابة الإبداعية: يقوم المريض بكتابة النثر، أو الشعر، أو القصة، أي إنشاء أعمال مكتوبة.
- العلاج بالتعبير الشفوي الإبداعي: أي يقوم المريض بالتعبير الشفوي في أي من المجالات السابقة.

---

1) Elser, Helen . Bibliotherapy in Practice . Op. Cit. P. 648 .

2) أوضح الدكتور شعبان خليفة أن كتب الروح ليس المقصود بها كتب تحضير الأرواح، إنما الكتب التي تكشف أن الأصل في الإنسان هو الروح وأنها خالدة والجسد ما هو إلا ثوب تلبسه الروح لفترة محدودة طالت أو قصرت، وهذه الكتب تصلح لعلاج الحالات التي تعاني من إعاقات بدنية حادة، شريطة ألا تخالط هذه الكتب أفكاراً دخيلة من الخرافات والجهل.

المصدر:

شعبان عبد العزيز خليفة. العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا، مرجع سابق، ص ٥١٧.

## رابعاً:الطبيعة الخاصة للعلاج بالقراءة:

يمكن تقسيم العلاج بالقراءة من خلال هذا المتغير إلى ثلاثة أنواع أساسية:

### ١. العلاج بالقراءة المؤسسي Institutional Bibliotherapy:

ويعني استخدام الإنتاج الفكري مع المرضى المودعين بالمؤسسات العلاجية، ويعتبر من أقدم أنواع العلاج بالقراءة[١]، وقد وصف "رالف بول" Ralph Ball هذا العلاج بأنه "وصفة كتب لمريض بعينه"، ويقوم به أمين المكتبة والهيئة الطبية[٢]، يتم فيه اقتراح قراءات بعينها من كتاب أو أكثر، وتكون غالباً من الإنتاج الفكري الحقائقي بعد تشخيص الحالة، وبمساعدة الطبيب النفسي، ليقرأها المريض انطلاقاً من قناعة المعالج بقدرتها على المساعدة في علاج المشكلات النفسية والبدنية، ثم مناقشة ما قرأه بعد ذلك، ثم مطالبته بإنجاز بعض التكليفات في إطار المادة المقروءة، لأن الهدف هنا إرشادي تربوي ذو بعد معلوماتي لجعل المريض يستبصر مرضه، ويتأقلم مع المستشفى والعلاج.

وقد أشار الدكتور "أحمد بدر" إلى أن هذا النوع من العلاج لم يعد شائعاً اليوم، بسبب الوقت والجهد الذي يتكلفه، كما أنه يستلزم تضافر جهود فريق العمل من المعالجين والأطباء والأخصائيين في منظومة لكل حالة على حدة[٣].

### ٢. العلاج بالقراءة السريري أو الإكلينيكي Clinical Bibliotherapy:

يقوم بهذا النوع من العلاج المكتبي المتخصص تحت إشراف الطبيب المعالج ولا يقوم به بمفرده، من خلال اختيار بعض القراءات المناسبة وتقديمها والتي تكون غالباً من الإنتاج الفكري الخيالي بالدرجة الأولى، ومن الممكن أن تقرأ هذه المواد القرائية من خلال المريض نفسه أو أن تقرأ عليه بواسطة المعالج، وقد يكون العلاج بهذه الطريقة مع فرد واحد، أو بضم مجموعة من الأفراد تجمعهم مشكلة

---

1) Armstrong, Ruth C. Institutional Bibliotherapy : Current Exploration . – Taiwan : JoEMLS, Journal of Educational Media & Library Sciences, Vol. 20, No. 3, 2010 . – P:P. 221 233 .

2) Ballm Ralph G. Prescription : Books . – ALA Bulletin . – 48, (Mar. 1954) . – P.P. 145 – 147 .

3) أحمد بدر. الببليوثيرابيقا، أو العلاج بالكتاب والقراءة. مرجع سابق. ص ٦٣٧.

واحدة، وتكون القراءة من جانب أخصائي العلاج بالقراءة للمجموعة من خلال القراءة الجماعية الشفوية(١).

### ٣. العلاج بالقراءة التنموي Developmental Bibliotherapy:

ويستخدم فيه الإنتاج الفكري الحقائقي والخيالي معاً، ويقدم غالباً للأفراد الأسوياء بغرض تنمية قواهم الذهنية أو تحقيق الذات أو على الأقل للحفاظ على الصحة العقلية لديهم، وهذا النوع من العلاج بالقراءة قريب من الواجبات التنموية المعروفة في التربية، ويطبق العلاج بالقراءة التنموي بالمدارس أو خارجها، وتتضح أهميته في التعليم المستقبلي، والإعداد الجيد من جانب المعلمين لهذا النوع من العلاج يجعل المستفيدين بإمكانهم الاستفادة من المنافع وتجنب الأضرار والمخاطر، وكذلك أهمية دور أمين المكتبة في توجيه العلاج بالقراءة التنموية(٢)، ويتم هذا النوع باستخدام الأسلوب الجمعي الذي يديره الشخص الميسر Facilitator والذي قد يكون هو ذاته المكتبي(٣)، وقد عرف "روبرت هافيجهورست" الواجبات التنموية بأنها تكليفات يقوم بها الفرد في فترة معينة من حياته يثبت بها ذاته، وإذا أنجزها بنجاح قاده ذلك إلى السعادة والنجاح في أداء المهام الأخرى(٤).

ويتساءل "وارنر" warner من هو المعالج: الكتاب أم الشخص الذي يقوم بالتوجيه للقراءة، ويستطرد قائلاً: إن الذي يقوم بتجميع ببليوجرافيا عن الكتب في الموضوعات المختلفة والمتوفرة بقاعدة بيانات المكتبة لاستخدامها في العلاج أياً كان سريري أو تنموي هو لب الموضوع(٥)، كما أن الغرض الرئيسي من العلاج هو تعديل الظواهر النفسية للأفضل، وعدم رفض الأطفال للعلاج نتيجة للتوتر النفسي المصاحب للأعراض المرضية(٦).

---

1) http://beyondpenguins.ehe.osu.edu/issue/polar-oceans/bibliotherapy-helping-students-one-book-at-a-time (Cited 26/4/2012).

2) Catalano, Amy . (2008) Making a place for bibliotherapy on the shelves of a curriculum materials center: The case for helping pre-service teachers use developmental bibliotherapy in the classroom. – Education Libraries : Childrens Resources, Vol. 31, No. 3 (Spring 2008) . – PP 17 – 22

3) شعبان عبد العزيز خليفة. العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا، مرجع سابق، ص ص ٤٣ – ٤٤.

4) Havighurst, Robert J. Developmental Tasks and Education . – New York : Longmans, Green and Co., 1950 . – P.P. 33 – 35 .

5) Warner, L. (1980). The myth of bibliotherapy. School Library Journal, - P.P. 107-111 .

6) Staresmi, Mei Meni & Others . Treatment Refusal and Abandonment in Childhood acute Lymphoblastic Leukemia in Indonesia : an Analysis of Causes and Consequences . – New York : John Wiley & Sons, Psycho-Oncology, 19, 2010 . – P.P. 362 – 363 .

# معوقـات العـلاج بالقـراءة:

هناك العديد من الأسباب التي تعتبر حائلاً دون تقديم خدمة العلاج بالقراءة، ومعظم هذه المعوقات تتعلق بالمريض نفسه أو المستفيد من العلاج بالقراءة، وتتلخص هذه الأسباب في الآتي:

## أولاً: عدم توفر المكان المناسب بالمؤسسة الصحية:

يعد من أوائل المعوقات عدم اهتمام المؤسسة الصحية بوجود مكتبة للمرضى على غرار مكتبة الأطباء، أو على الأقل وجود مكتبة واحدة بمساحة كبيرة تصلح لتخصيص جزء من مساحتها للمرضى وعائلاتهم، فالمكتبة الوحيدة ذات المساحة المحدودة والمقدر لها أن تخدم فئة الأطباء، والفئات المعاونة، والهيئة التمريضية، والموظفين الفنيين والإداريين، يستحيل معها أن تتمكن من تقديم برنامج ناجح للعلاج بالقراءة، إذ إن تطبيق البرنامج يحتاج لمساحة كافية ومستقلة للمرضى لاحتياجهم إلى الشعور بالخصوصية، وخاصة إذا كان المرضى من فئات الأطفال، كما أن وجود الأطباء بنفس المكان يشجع أهالي المرضى على التوجه بالأسئلة للأطباء حول حالة مرضاهم مما يؤثر سلباً على متابعة البحث العلمي والاطلاع للأطباء والفئات الأخرى، وكذلك يكون سبباً في عدم المتابعة الجيدة لبرنامج العلاج بالقراءة، وبالتالي يخفق في تحقيق أهدافه المرجوة.

وتتضح أهمية وعي الإدارة بالمكتبة ودورها ليس فقط مع الأطباء ومعاونيهم بل أيضاً مع المرضى وأسرهم، وخاصةً أن فئة المرضى المقيمين وأسرهم ليس لديهم بديل عن مكتبة المستشفى لتلبية احتياجاتهم ورغباتهم القرائية، كما أنها تلعب دوراً هاماً في علاجهم الموازي من خلال القراءة الموجهة.

## ثانياً: عدم القدرة على القراءة:

من أصعب المعوقات التي تقف حائلاً في سبيل تقديم خدمة العلاج بالقراءة هي عدم قدرة الفرد المقدم إليه الخدمة على القراءة، وقد يرجع ذلك لأسباب عديدة منها ترك التعليم في مراحله المبكرة، أو التأخر القرائي وهو نتيجة لبعض الأمراض النفسية والاجتماعية مما يفقد الطفل الرغبة في التعليم، أو نتيجة لإهمال الأسرة وعدم المتابعة الدراسية، أو لصغر أعمارهم عن السن التي يمكنهم فيها القراءة دون معاونة، ومهما

تعددت الأسباب فالنتيجة هي عدم القدرة على القراءة، وبالتالي عدم إمكانية تلقي هذا النوع من العلاج الذي تعتبر القراءة فيه هي المحك الرئيسي للوصول للغاية المرجوة والهدف المحدد بتعديل الحالة النفسية وتخفيف حدة التوتر النفسي لدى المريض من خلال قراءة بعض الإنتاج الفكري الموصى به من قبل المعالج.

إلا أن هذا العائق رغماً عن مدى صعوبته يمكن تجاوزه وخاصةً في مراحل الطفولة من خلال قراءة المادة الموصى بها على الطفل من قبل المعالج أو أحد أقاربه، ويفضل أن يكون أقرب الأشخاص إلى نفس الطفل كالأم مثلاً، أما كبار السن فيصعب معهم ممارسة العلاج بالقراءة من خلال قراءة المادة الموصى بها عن طريق شخص آخر، نظراً لأن عملية القراءة نفسها تمثل للكبار عنصراً هاماً في تخفيف حدة التوتر النفسي، بينما عند الأطفال فإن التخيل يلعب دوراً كبيراً لديهم أثناء سماعهم ما يتلى عليهم من كتب مختلفة.

## ثالثاً: العزوف المؤقت عن القراءة(1):

ينتاب الكثير حالة عزوف مؤقت عن القراءة وخاصةً أثناء المرور بأزمات نفسية أو في أوقات المرض واعتلال الصحة، كما أن هناك الكثير من الأطفال لا يميلون إلى القراءة، ولا يجيدون قراءة كتاب بأكمله مع تطور التكنولوجيا الحديثة ووجود الوسائل البديلة للحصول على المعلومات من خلال أوعية غير تقليدية، ونظراً لأن العلاج بالقراءة يتزامن دائماً مع شعور الفرد بالاعتلال النفسي أو الجسدي، الذي قد يكون سبباً في العزوف عن القراءة، لذا كان من الضروري محاولة التغلب على هذا العائق من خلال التعرف عن قرب على اهتمامات المريض، والموضوعات التي تثير فضوله، واختيار المواد المقروءة والمخصصة له منها، واستخدام المواد المصورة أيضاً للتخفيف من إحساسه بالملل من العملية القرائية.

وكذلك بالنسبة للأطفال، من الممكن أن نحرص على أن تكون الكتب المخصصة لمن يعزفون عن القراءة منهم غنية بالصور والألوان الجذابة مع قلة مساحة النصوص بكل صفحة، أو أن تكون هناك مواد مصاحبة مسموعة ومرئية واستخدام تكنولوجيا المعلومات قدر الإمكان كي يكون هناك عوامل جذب للأطفال المرضى الخاضعين لبرنامج العلاج بالقراءة.

1) http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search , (Cited 7/6/2012)

## رابعاً: قلة الوعي بأهمية القراءة:

هناك الكثيرون من الناس لا يقدرون أهمية القراءة ودورها في تعديل الحالة النفسية للقارئ، بل ويعتبرون أن القراءة أثناء فترة المرض تمثل مزيداً من العبء على المرضى، ويرفضون الاقتناع بفكرة أن القراءة يمكنها أن تكون نوعاً من أنواع العلاج الموازي، وأن أي مرض عضوي يتأثر سلباً وإيجاباً بنفسية المريض، فإن كانت هناك محسنات للحالة النفسية ساعد ذلك بالإيجاب على تحسن حالته العضوية، وإن لم يكن فإن الحالة النفسية تزداد سوءاً فتقلل من القدرة المناعية لدى الشخص، وبالتالي يقلل ذلك من فرص الشفاء لديه، كما أن هناك من يسيء فهم العلاج بالقراءة كنوع من أنواع العلاج الروحاني، ويعتبرونه أنه من دروب السحر والشعوذة.

أما بالنسبة للأطفال فالحال قد يكون أصعب إذا كان الوالدان لا يقدران أهمية القراءة أو الأشخاص المقيمون مع الطفل بالمستشفى، إذ إن ذلك ينعكس على الطفل سلباً، لأن الطفل يكون أكثر اقتناعاً بما يقوله له والداه أو مرافقوه، كما أن الطفل أثناء المرض يكون أكثر استجابة لذويه لشعوره بالضعف والاحتياج إليهم أكثر من احتياجه أثناء فترات حياته وهو معافى، كما أن عدم الاقتناع والوعي بأهمية دور القراءة في العملية العلاجية يفقدها قدراً كبيراً من جدواها، وقد تخفق في تحقيق الأهداف المرجوة.

لذا بات من الضروري قيام المعالج بالقراءة سواء كان أمين المكتبة أو الأخصائي الاجتماعي أو الطبيب النفسي بإقناع الحالة نفسها، وإقناع المرافقين لها بأهمية القراءة ودورها المؤثر بالإيجاب على المريض كعلاج موازٍ، وينبغي على القائم بمهمة العلاج بالقراءة أن يأخذ على عاتقه الوصول لذلك بكل السبل الممكنة والتقرب بجلسات تمهيدية من الطفل المريض وأسرته بزيارات عابرة، يتعرف من خلالها على شخصياتهم ونفسية كل فرد منهم ليستطيع إقناعهم والوصول لهدفه من خلال حبهم له وثقتهم به، وذلك يساعد بدوره على الوصول لأقصى قدر من تحقيق الأهداف المرجوة من برنامج العلاج بالقراءة.

## خامساً: الحالة الصحية المتدنية:

يعتبر تدني الحالة الصحية من المعوقات الكبيرة تجاه تنفيذ برنامج العلاج بالقراءة، إذ إن تداعي المريض صحياً للحد الذي يتسبب عنه دخوله العناية المركزة،

أو ضعف القدرة المناعية إلى الحد الذي يستحيل معه الخروج من غرفته المقيم بها لعدم تعرضه للعدوى يجعل من المستحيل إمكانية الانتظام معه في جلسات العلاج بالقراءة، والانتظار لحين تحسن حالته الصحية بما يسمح له بالقدرة على التحرك من الغرفة للمكتبة دون خوف وعناء، كما أن تدني الحالة الصحية أثناء جلسات العلاج بالقراءة قد تودي بكل الجلسات السابقة ويضاعف من مجهود القائم على العلاج بالقراءة للوصول بالحالة إلى حد الرضا والتقبل النفسي للاستجابة مرة أخرى والتفاعل مع المواد القرائية والقائم على العلاج مجدداً، وتعتبر مرحلة إعادة المحاولة بعد التدهور الصحي أصعب بكثير من البداية قبل هذا التدهور، إذ إن تدني الحالة الصحية يؤثر بشكل سلبي مباشر على الحالة النفسية وما يصيبها من متغيرات تظل لفترة طويلة، يصاب فيها المريض بحالة من الاكتئاب والقلق والخوف من تكرار ما حدث، حتى بعد تحسن حالته لفترة غير وجيزة، ويختلف الحال عند الأطفال عن الكبار، فالأطفال قد تمر بهذه المرحلة أسرع من الشباب وكبار السن.

## سادساً: متلازمات داون والتخلف العقلي البسيط(1):

هناك أمراض لدى بعض الحالات تكون عائقاً في سبيل ممارسة العلاج بالقراءة، من أهمها "متلازمة داون" والتي تحدث تخلفاً عقلياً بدرجات مختلفة، وأيضاً هناك أنواع من التخلف العقلي البسيط وبعض التوترات النفسية التي تكون سبباً في عدم إمكانية القراءة واستيعاب الهدف من المادة المقروءة، وتعلم الدروس المستفادة، للوصول إلى الغرض من القراءة.

إلا أن هناك بعض الحالات النادرة التي تفوق التوقعات، فقد تضمنت الدراسة حالة طفلة مصابة بمتلازمة داون، وكانت على استيعاب تام بطبيعة الأسئلة الخاصة باختبارات القلق والاكتئاب، كما كان لديها استيعاب مرتفع بالمادة المقروءة والدروس المستفادة من هذه القراءات، وهذا يعني أن الرعاية والاهتمام بالأطفال وخاصةً في مراحلهم المبكرة يأتي بثمار جيدة في سبيل تقليل أعراض المرض، كما أن القائم على العلاج بالقراءة إذا كان على وعي بمجال علم النفس الإكلينيكي والتطوري، فسوف يكون على دراية وتمكن من التعامل مع هؤلاء الأطفال على اختلاف أحوالهم النفسية

1) http://isc.sagepub.com/content/38/2/75.abstract , (Cited 7/6/2012)

والمرضية، وهذا يؤكد على أهمية اطلاع القائم على العلاج بالقراءة بمختلف المجالات النفسية والمعرفة العامة بالأمراض التي تؤثر على الحالة النفسية وطبيعتها، وألا يكتفي بكونه أخصائي مكتبات أو أخصائي نفسي، فإلمام القائم على هذا النوع من العلاج بمختلف المجالات التي تخدمه يجعله قادراً على أداء البرنامج بنجاح، وتحقيق الحد الأقصى من أهدافه إن لم يكن أهدافه جميعها بتمكن واحتراف، وهو ما يجعل القائم على العلاج بالقراءة Bibliotherapist عملة نادرة، وهذا يعتبر من المعوقات الهامة لهذه الخدمة، وهي النقطة التالية.

## سابعاً: ندرة المعالج بالقراءة الواعي المتكامل(1):

إن ندرة العنصر البشري القائم على العلاج بالقراءة أياً كان تخصصه يعد من المعوقات الرئيسية والتي قد تكون سبباً في فشل تحقيق الأهداف المرجوة منها، ولكي يكون هذا العنصر مناسباً بالشكل الأمثل ينبغي أن يكون ملماً بعدة مجالات للتمكن من الأداء المفروض.

ونظراً لعدم خوض مصر والوطن العربي في هذا المجال وخاصة في التطبيق، نجد أن هناك قصوراً في المواصفات الواجب توافرها لدى المعالج بالقراءة Bibliotherapist، فهو يجمع بين كونه أمين مكتبة ليكون ملماً بالإنتاج الفكري في مختلف المجالات، وعلى اختلاف مستويات المعالجة، كما ينبغي أن يكون على دراية ببعض المجالات الأخرى والتي تخدم العلاج بالقراءة مثل علم النفس الإكلينيكي وأمراضه، وعلم النفس التربوي والتطوري، والخدمة الاجتماعية للتمكن من التعامل عن قرب مع مختلف المستويات العمرية والعقلية، وكذلك للتعامل مع الأطفال على اختلاف أعمارهم، ومعرفة الأساسيات عن بعض الأمراض العضوية والتي لها تأثير على الحالة النفسية ومتغيراتها مثل أمراض السرطان، والإلمام بكل هذه المجالات يجعل القائم على العلاج بالقراءة متمكناً من أداء البرنامج من خلال الاتصال الجيد بالحالات الخاضعة للعلاج، والاستعانة بالإنتاج الفكري المناسب لمختلف الحالات بمختلف الأعمار، مع تفادي السلبيات المتوقع حدوثها، وذلك للوصول لأقصى الغايات الممكنة والمطلوب تحقيقها من تنفيذ برنامج العلاج بالقراءة.

1) http://bibliotherapy-kl.wikispaces.com/file/view/Bibliotherapy.pdf , (Cited 10/6/2012)

# القائمون على العلاج بالقراءة

أياً كان الشخص المسئول عن العلاج بالقراءة، سواء كان القائم على المكتبة أو الطبيب النفسي المعالج أو أخصائي الخدمة الاجتماعية أو المدرس، فلابد له من التفكر والتروي قبل قراره بتحمل هذه المسئولية، حيث من يرى في نفسه القدرة على خوض هذه التجربة ينبغي أن يكون متسلحاً بالعديد من الأدوات ومتسماً بالعديد من الصفات مثل الذكاء المرتفع، والتوازن النفسي والعاطفي، والقدرة على تقبل العمل بروح الفريق، والتعاطف مع الآخرين دون إظهار الشفقة أو الانفعال غير المنضبط(١).

وتقول أستاذة علم المكتبات "مارجريت مونرو" Margaret Monroe في مقال لها عن خدمات القراء والببليوثيرابيا إن العلاج بالقراءة هو مجرد خدمة من مجموعة خدمات القراء، فهي جزء متكامل مع نسيج أكبر(٢)، ويؤكد الدكتور "شعبان عبد العزيز خليفة" في كتابه العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا(٣) أن المتعمق في دراسة الببليوثيرابيا يجب أن يأخذ من خمسة مجالات أساسية هي: علم المكتبات – علم الكتاب – علم النفس – التربية – الطب، وهذا يؤكد أن القائم على العلاج بالقراءة ينبغي أن يكون متسلحاً بالمعرفة لمختلف التخصصات الداعمة بالإضافة إلى تخصصه في مجال المكتبات والمعلومات.

إن دور أخصائي المكتبات بمجال العلاج بالقراءة لا يتوقف عند معرفته الجيدة بالإنتاج الفكري الموجود على مستوى مختلف المكتبات المتاحة، ودوره كمرشد وموجه قبل الخدمة، وقبل اختيار الكتاب، ومعلم في كيفية استخدام الإنتاج الفكري في العلاج بالقراءة، بل يمتد إلى ضرورة إلمامه بمختلف النواحي الاجتماعية والظواهر النفسية كالحزن، والقلق، والخوف، والاكتئاب وما إلى ذلك، مما يجعله متمكناً من

---

1) Smith, Alice Gullen . Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy : A State of The Art . Op. Cit. P. 39 .

2) Monroe, Margaret E. Reading Guidance and Bibliotherapy in Public, Hospital, and Institution Libraries . – Madison, Wisconsin : Univ. of Wisconsin Library School, 1971 . – P.P. 27 – 28 .

3) شعبان عبد العزيز خليفة . العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا : وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب . مرجع سابق ، ص ١١٧ .

التواصل ولمس الحالات النفسية المختلفة للمرضى عن قرب، وقادراً على أداء دوره كمعالج بالقراءة على أكمل وجه(١).

كما عددت "اليانور فرانسيس براون"(٢) بعض الصفات الشخصية الواجب توافرها لمن يتصدى لعمليات العلاج بالقراءة وهي:

- الثبات العاطفي بما لا يجعله مذبذباً أو متقلب المزاج.
- القدرة على التكيف النفسي.
- القدرة على الاعتراف بهموم الآخرين، وتقديم يد المساعدة والعون.
- التحلي بروح الفريق للتعاون مع فريق العلاج.
- الاستعداد لتحمل المسئولية.
- احترام رغبات القارئ وحقوقه.
- الموضوعية والحياد وعدم التأثر بالعوامل الشخصية.
- التسامح والصبر وإمكانية التواصل.
- قوة الملاحظة والقدرة على الاستماع الجيد.
- القدرة على قيادة وتوجيه الآخرين.
- الاستعداد للتعلم.
- البشاشة والمرونة والإدراك الحسي.
- البصيرة والفطنة التي تساعد على استبعاد النتائج الخاطئة.
- القدرة على تعليم الآخرين والتدريس لهم إذا لزم الأمر.
- عقلية قادرة على تنظيم الحقائق واستنباط النتائج.

هذا وقد يشارك في برنامج العلاج بالقراءة العديد من الأطراف مثل: الأطباء، الأطباء النفسيين، الأخصائيين الاجتماعيين، الممرضات، المدرسين، أمناء المكتبات، الاستشاريين(٣)، بالإضافة إلى من يطلق عليهم الرفقاء الأذكياء للمرضى Intelligent

---

1 ) Jones, J.L. (2006). A closer look at bibliotherapy. YoungAdult Library Services, P.P. 24 – 27 .

2) Brown, Eleanor Frances . Bibliotherapy and Its Widening Applications . - Metuchen, New Jersey : Scarecrow Press, 1975 . – P.P. 347 – 348 .

3) http://www.indiana.edu/-eric_rec/ieo/digests/d82,html (Cited 27/4/2012)

Companions، وقد يكون هؤلاء الرفقاء هم الآباء والأمهات الذين يشجعونهم على القراءة أو يقرؤون لهم، ويذكرونهم ببعض المقاطع ذات الأثر الفعال في نفوسهم[١].

وقد أوضحت "مارجريت هانيجان"[٢] Margaret Hannigan أنه على أمين المكتبة المتخصص في العلاج بالقراءة أن يطور قراءاته واهتماماته كي يستطيع أن يمد المرضى الموجودين بغرفهم والعيادات الخارجية الذين يأتون للمكتبة ويعانون من عدم مقدرتهم على اختيار الكتاب المناسب، وأن يوصيهم من خلال المناقشات معهم بمقترحات مناسبة وفقاً لحالاتهم المرضية العضوية والنفسية، ووفقاً لخلفيتهم التعليمية والاجتماعية واللغوية.

وتؤكد "هيلين إلزر" Helen Elser[٣] أن المكتبي الممارس للعلاج بالقراءة عليه أن يبذل قصارى جهده لجعل العلاقة بينه وبين المريض الذي يشارك في علاجه علاقة حميمة يسودها الود والثقة المتبادلة، وفي نفس الاتجاه ينصح الدكتور "أحمد بدر"[٤] أنه على أمين المكتبة الواعي الذي يريد تفعيل دوره في مجال العلاج بالقراءة أن يوثق علاقته قبل كل شيء بالمريض الذي يقوم بعلاجه، مما يتيح له فرصة أكبر في التعرف على طبيعته، وشخصيته، وميوله، وسلوكياته، الأمر الذي ييسر من عملية تعديل وتوجيه كل ذلك نحو الأفضل، كما لا ينبغي تسطيح دور أمين المكتبة واختزاله لدرجة الاقتصار على انتقاء الملائم والمناسب من الإنتاج الفكري، لكن هناك دوراً لا يقل عنه أهمية والمتمثل في المشاركة الفعلية في تعديل سلوك المريض واتجاهاته من خلال مراقبة سلوكياته عن كثب ومناقشته في اختياراته مع ربط الاختيارات بتطور حالته سواء بالسلب أو الإيجاب، ومناقشة ذلك مع الطبيب المعالج والطبيب النفسي والإخصائي الاجتماعي في الاجتماعات الدورية التي يعتبر أمين المكتبة قاسماً مشتركاً فيها، وعضواً بارزاً لا يمكن إغفال أهميته ضمن المنظومة العلاجية بالمستشفى.

كما أكدت "مارجريت كيني"[٥] Margaret Kenny على أن المعالج بالقراءة هو أساساً أمين مكتبة متعمق في مجال إرشاد القراء، ومن ثم يحترف هذا العمل ويصبح

---

1) Tews, Ruth M. Bibliotherapy . – Library Trends . – Vol. 11,no. 2, 1986 . – P. 449 .

2) Hannigan, Margaret C. The Librarian in Bibliotherapy : Pharmacist or Bibliotherapist? . – USA : University of Illinois, Graduate School of Library and Information Scienc, 1962 . - P. 185 .

3) Elser, Helen . Bibliotherapy in Practice . Op. Cit. P. 648 .

4) أحمد بدر. البيليوثيرابيقا، أو العلاج بالكتاب والقراءة. مرجع سابق. ص ٦٣٨.

5) Kenny, Margaret M. The Bibliotherapy Program : Requirements for Training . – Library Trends . – Vol. 11, No. 2 (Oct. 1962) . – P.P. 127 – 135 .

فيه أخصائياً مهنياً متعمقاً في مضمار المواد المكتبية وأسس اختيارها، كما ينبغي أن ينشد بعض المعرفة المتخصصة مثل مبادئ علم النفس الإكلينيكي، وكذلك معرفة وفهم المصطلحات الطبية والنفسية، والإحاطة بأساسيات العلاج النفسي ونفسية المعوقين بدنياً وعلم نفس القراءة، وأساليب التشخيص والإرشاد والمشاكل الطبية والاجتماعية للمرض. لقد كتبت "مارجريت كيني" ذلك عام 1962م واتفق معها "لويس رونجيون" عام 1972، وينبغي على المعالج بالقراءة أن يكون لديه معرفة وفهم واعٍ بالإضافة للمعارف السابقة، بمجالي علم النفس التطوري، وعلم النفس التربوي ليتسنى له التعامل مع جميع الحالات سواء كانت للكبار أو الأطفال أو المراهقين، وسوف يساعده معرفته بتلك المجالات على الوصول بشكل أسرع لنفسية المريض، وتحفيزه على التفاعل والتجاوب مع المعالج في وقت أقصر لتنفيذ البرنامج القرائي بالشكل الأمثل[١].

وهناك أربع خطوات ينبغي على المكتبي الممارس للعلاج بالقراءة أن يعرفها ويضعها نصب عينيه وهي[٢]:

- تعرف على المستفيد ( القارئ/ المشاهد/ المستمع ) على المستوى الشخصي.
- تعرف على المشكلة.
- تعرف على مصادر المعلومات بالمكتبة وتأثيرها العلاجي.
- تعرف كيف تعمل ضمن فريق.

ولكي يصل أمين المكتبة لهذه المكانة ينبغي أن يكون لديه القدر الكافي من الاطلاع والإلمام بقطاعات شتى من المعرفة، فضلاً عن الالتحاق بدورات تدريبية بعضها يهتم بمجال المكتبات والمعلومات، والبعض الآخر يهتم بمجالات الطب والطب النفسي، وأخرى بمجالات علم النفس وعلم الاجتماع، وبعد اجتياز الشخص لمثل هذه الدورات، يمنح تصريحاً للعمل كمعالج ويحمل مسمى معالج بالقراءة Bibliotherapist.

وأخيراً يتعين على المعالج بالقراءة المفاضلة بين العلاج بالقراءة الفردي أو الجمعي، وفقاً لكل حالة وظروفها، فالعلاج الفردي يتطلب وقتاً وجهداً أكبر، كما أنه يتيح فرصة أكبر لتعبير المريض عن نفسه، بينما العلاج الجمعي يتميز بفرصة تبادل

1) Rongione, Louise A. Bibliotherapy : Its Nature and Uses . – Catholic Library World, 34(May/June, 1972) . – P.P. 497 – 498 .

2) Smith, Alice Gullen . Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy : A State of The Art . Op. Cit. P. 47 .

الخبرات بين المجموعة، فضلاً عن ترسيخ الإحساس بعدم التفرد بالمعاناة من مشكلة معينة ومن ثم مواجهتها.

وسواء كان اختيار المعالج لأسلوب العلاج الجمعي أو الفردي فإنه يتعين عليه انتهاج بعض الخطوات وهي[1]:

- دفع الفرد أو الأفراد نحو أنشطة تمهيدية تعريفية.
- توفير الوقت لقراءة المواد المختارة واستيعابها.
- توفير الوقت للنقاش حول المادة المقروءة وطرح التساؤلات وتقييم المعلومات.
- ترشيد التقييم وتوجيه الفرد أو الأفراد بغلق باب المناقشة بموضوعية ورضا سواء كان هذا التقييم هو الذي وضعه المعالج، أو كان تقييماً ذاتياً من جانب أحد الأفراد.

## أماكن ممارسة العلاج بالقراءة

تختلف الأماكن التي تمارس فيها العلاج بالقراءة، واختلاف المكان يرجع إلى اختلاف نوع العلاج بالقراءة الذي يتم ممارسته، فبينما نجد أن العلاج بالقراءة المؤسسي يمارس من داخل المؤسسات العلاجية نظراً لأن المستفيدين منه يعانون من أمراض بدنية ونفسية، نجد أن العلاج بالقراءة الإكلينيكي من الممكن أن يمارس داخل المستشفيات النفسية أو بالعيادات الخاصة، أما العلاج بالقراءة التنموي فمن الممكن أن يمارس داخل الأماكن المجتمعية المختلفة نظراً لأنها تطبق مع أفراد ليسوا مرضى أو لا يعانون من مرض عضوي أو نفسي، ولكن يعاني من أزمات عادية فهم أشخاص طبيعيون.

بينما نجد أن الدكتور "شعبان عبد العزيز خليفة" في كتاب العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا لم يحدد مكاناً معيناً من الممكن ممارسة العلاج بالقراءة فيه دون غيره، فمن الممكن أن تكون الممارسة داخل المؤسسات العلاجية سواء كانت للعلاج البدني لمختلف التخصصات، أو مستشفيات الأمراض العصبية والنفسية، كما يمكن ممارسته

1) Bibliotherapy Fact Sheet (1982) Urbana, IL : ERIC Clearinghouse on Reading and Communication Skills, ED 234 – 338 .
As Cited in: Aiex, Nola Kortner (2012) Bibliotherapy. http://www.indiana.edu/-eric_rec/ieo/digests/d82.html (Cited 27/4/2012)

داخل العيادات الخاصة، وفي السجون ومؤسسات العقاب والإصلاح، وكذلك بالمكتبات العامة والمكتبات المدرسية، بل من المكن ممارسة العلاج بالقراءة بمنزل الشخص المريض ذاته من خلال وصفة بالكتب من الطبيب المعالج أو باستعارتها من مكتبة المدرسة أو المكتبة العامة، وبعد ذلك يأتي دور المناقشة في المادة المقروءة والمختارة للفرد، وتتم المناقشة بأي مكان من هذه الأمكنة السابقة.

# جهـــات راعـية للعــلاج بالقـراءة

تقوم العديد من الهيئات والمؤسسات بالاهتمام بالعلاج بالقراءة وتطويره، وتطوير الآليات المستخدمة فيه، ومن أبرز هذه الهيئات والمؤسسات:

## جمعية المكتبات الأمريكية American Library Association - ALA:

يمثل أمناء المكتبات عنصراً أساسياً ضمن منظومة العلاج بالقراءة، فهم يلعبون دوراً بارزاً باعتبارهم حلقة وسط بين الكتب المختارة للعلاج بالقراءة أو أي أوعية أخرى يشاركون في اختيارها من واقع خبراتهم الشخصية، وبين تعاملهم المباشر مع الأفراد الموجهة إليهم هذه الخدمة، وقد خصصت جمعية المكتبات الأمريكية من هذا المنطلق لجنة داخل القسم الخاص بالمستشفيات بالجمعية Hospital Division of the ALA وتعرف بلجنة العلاج بالقراءة Bibliotherapy Committee وتهتم بكيفية استخدام الكتب لإعادة تشكيل السلوك والاتجاهات، وقد نظمت اللجنة حلقة عمل على هامش المؤتمر السنوي الذي عقدته جمعية المكتبات الأمريكية في يونيو عام 1964 ودعت إليه المتخصصين في هذا المجال من أمناء مكتبات وأطباء بشريين وعلماء نفس واجتماع وغيرهم، وقد كلفت اللجنة "روث تيوز" بإعداد بحث لجمع المعلومات حول وضعية العلاج بالقراءة في ذلك الوقت، وقد ساعدها ذلك على تولي تحرير أحد الأعداد المتخصصة من مجلة Library Trends الذي خصص جميع مقالاته لموضوع العلاج بالقراءة[١].

وبمرور الوقت اتسع نشاط لجنة العلاج بالقراءة حتى أصبحت جزءاً من اتحاد جمعيات المكتبات التعاونية والمتخصصة Association of Specialized and Cooperative

1) Tews, Ruth M. (1962) Introduction . Op. Cit. – P.P. 97 – 98 .

Library Agencies - ASCLA والذي جاء إنشاؤه كمبادرة من أمناء المكتبات الذين يعملون في مكتبات الإصلاحيات والسجون والعاملين في المكتبات العامة والمدرسية وغيرها من المكتبات التي تتعامل مع فئات من المستفيدين ذوي طبيعة خاصة(١).

كما تم تأسيس أول جماعة نقاش حول العلاج بالقراءة عام 1973 تحت رعاية لجنة العلاج بالقراءة بجمعية المكتبات الأمريكية، ترأس هذه الجماعة "ريا روبين" Rhea Rubin الحاصلة على درجة الدكتوراه من كلية المكتبات بجامعة ويسكنسون حول العلاج بالقراءة لنزلاء السجون تحت إشراف "مارجريت مونرو" Margaret Monroe أحد رواد العلاج بالقراءة. والعضوية مفتوحة لكل عضو من جمعية المكتبات يهتم بمجال العلاج بالقراءة، وتصدر نشرة فصلية باشتراك رمزي يغطي تكلفة إصدار النسخ والبريد(٢).

ومن أبرز الأسماء التي بذلت جهوداً لا يمكن إغفالها في أنشطة كل من جماعة النقاش، ولجنة العلاج بالقراءة "أرلين هاينز" Arleen Hynes وتعتبر من الرواد في المجال، فهي بالإضافة إلى كونها عضواً في جمعية المكتبات الأمريكية، فإنها تنتمي أيضاً إلى الجمعية القومية للعلاج بالشعر National Association of Poetry Therapy – NAPT، واعترافاً بجهودها الملموسة في هذا المجال أوصت جمعية المكتبات الأمريكية بتعيينها ممثلاً لأعضاء لجنة العلاج بالقراءة، وكذلك ممثلاً لأعضاء الجمعية القومية للمعالجين بالشعر في المجلس الفيدرالي الأمريكي والذي يعتمد منح شهادات الإجازة لمن يرغبون في العمل كمعالجين بالشعر(٣)، وفي عام 2001 شغلت "كاثلين آدمز" Kathleen Adams وهي شاعرة منصب رئيس هذه الجمعية، ولديها شهادات معتمدة في مجال العلاج بالشعر، وهي تعلق على ما يتم استخدامه تحت مظلة العلاج بالشعر بقولها "إننا نستخدم جميع أشكال النتاج الفكري وفنون اللغة، ونؤمن بالقوة المؤثرة

1 ) Smith, Alice Gullen . (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy . Op. Cit. – P. 34.

2) Ibed. P. 35 .

3) شعبان عبد العزيز خليفة . العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب. مرجع سابق. — ص ص ٤٩٦ – ٥٠٣.

الكامنة في الشعر، والقصص، والصحف، والقصص الخيالية، والمذكرات، والسير، والأغنيات التي يمكن أن تساعد في العملية العلاجية[1].

ومع انتشار مجال العلاج بالقراءة، واشتراك معظم العاملين في هذا المجال برؤية واحدة وهي فاعلية وجدوى استخدام الكلمات للمساعدة في علاج الأفراد، وامتهان العديد من الفئات هذه المهنة، قامت لجنة العلاج بالقراءة بجمعية المكتبات الأمريكية بوضع ضوابط وقواعد تحكم العمل بها، ووضعت تعريفاً واضحاً لمن يحق لهم العمل به، كما أن هناك العديد من الكليات والمعاهد أدمجت هذا النمط من العلاج ضمن مقرراتها الدراسية[٢].

إلا أنه من الواجب هنا التأكيد على أهمية اختصاصي المكتبات في هذا المجال، لذا ينبغي السعي نحو تواجد جهة معتمدة على مستوى الدولة تناط بها مسئولية اختيار من يزمعون العمل كمعالجين بالقراءة وتقييمهم وفقاً لأسس ومعايير وضوابط محددة بشكل موضوعي، فلن يحصل على ترخيص المزاولة إلا من هو أهل لها وجدير بالعمل في رحابها.

ولأن الأساس في العلاج هو القراءة، والدواء هو المواد القرائية، ومن المفترض أن الأقرب إلى الاثنين معاً هو اختصاصي المكتبات والمعلومات – الذي قضى الجانب الأكبر من دراسته التحصيلية إلى جانبهما، ويعتبر المركز الذي تدور حوله كل عناصر وأدوات القراءة الموجهة أو العلاج بالقراءة – يتضح لنا مدى أهمية الاهتمام بهذا الاختصاصي، وإعداده الإعداد الجيد، وأن التهاون في إعداده هو إفشال لخدمة العلاج بالقراءة برمتها.

1) The National Association for Poetry Therapy (2001) http://www.poetrytherapy.org/main.html Cited 29/4/2012)

2) Rubin, Rhea Joyce . Bibliotherapy : Source Book . – Arizona : Oryx Press, 1978 . – P.P. 167 – 172 .

# الفصل الثالث

# سرطان الطفولة والاضطرابات النفسية

- تمهيد
- مفهوم السرطان وأسبابه وتطوره
- الأنواع الرئيسية لسرطان الطفولة
- الاضطرابات النفسية الناجمة عن الإصابة والعلاج
- الخوف
- القلق
- الاكتئاب
  - علاج الخوف والقلق والاكتئاب

# تمهيـــد

يعد الاهتمام بالطفولة من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره، فهذا الاهتمام هو اهتمام بمستقبل الأمة، كما أن إعداد الأطفال ورعايتهم هو إعداد لمواجهة التحديات الحضارية التي تفرضها التطورات والتغيرات السريعة التي نعيشها اليوم.

فمرحلة الطفولة بما لها من أهمية من حيث الخصائص، والمعدلات النمائية في حياتنا تستوجب ألا يكون الطفل خلالها عرضة لاضطرابات عنيفة تزلزل أساس شخصيته في المراحل النمائية المتتالية فيما بعد، ولابد أن نضمن له مناخاً هادئاً مستقراً يسوده الهدوء والاستقرار النفسي(١).

وخلافاً لما يعتقده كثير من الناس من أن السرطان مرض تبتلى به على الأخص البلدان الصناعية المتقدمة، فإن معدلات انتشار هذا المرض في البلدان النامية تتزايد ويثقل عبؤه فيها، إذ تقدر نسبة 60% من وفيات السرطان في هذه البلدان، ووفقاً للتوقعات المتعلقة بمعدلات عبء السرطان في المستقبل، فإنه يقدر أن حوالي ثلثي حالات السرطان في السنوات الخمس والعشرين القادمة سوف تقع في البلدان النامية، وعلى الرغم من ندرة المعطيات الموثوق بها في إقليم شرق المتوسط، فإن هناك بيانات تشير إلى أن مشكلة السرطان قد بلغت أبعاداً لا يستهان بها في كثير من بلدان الإقليم، كما تفيد التقارير الآن بأن السرطان هو أحد الأسباب الرئيسية للوفاة(٢).

ولا يخفى أن الوقاية من السرطان ممكنة إذا ما اكتشف في مراحله المبكرة وإذا ما كانت هناك مقاومة للأحوال البيئية السائدة من تلوث، وخطر التدخين، والممارسات الغذائية السيئة والمكتسبة حديثاً، وخاصة على الأطفال.

وعلى الرغم من زيادة الوعي عموماً بأهمية مكافحة السرطان، فإن مشكلة السرطان لم تحظ بعد بما تستحقه من أولوية بين سائر مشكلات الصحة العمومية، وأن

---

1) Behrman, Richard E. Nelson : Textbook of Pediatric . – Philadelphia : W.B. Saunders Company, 2000.

2) الوقاية من السرطان ومكافحته = Cancer Prevention and Control. منظمة الصحة العالمية. – الإسكندرية: المنظمة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 1998. – (سلسلة ورقات العمل التقنية لإقليم شرق المتوسط). – ص ص 2 – 4.

اهتمام الدولة بإنشاء المراكز الطبية المتخصصة في مجال علاج الأورام، واهتمام الأهالي بإنشاء المؤسسات العلاجية الخيرية القائمة على التبرعات لتقديم العلاج بالمجان، وتقديم الدعم البحثي والإكلينيكي، هو السبيل للتوعية بأسبابه ومكافحته على المستوى القومي والإقليمي.

وتسبب الإصابة بمرض السرطان وأساليب المعالجة المختلفة منه أعراضاً جانبية كثيرة على المريض، وخاصة في مجالات التفكير، والتعلم، والذاكرة، كما يكون سبباً في بعض الأمراض النفسية كالقلق، والخوف، والاكتئاب، وقد تنشأ هذه الأمراض النفسية نتيجة الإحباط الذي يرتبط بالتغيرات الجسدية أو الخوف من عودة السرطان مرة أخرى، وقد يشعر الناجون من سرطانات الأطفال بالعديد من المشاكل التي تحول دون عودتهم لممارسة حياتهم الطبيعية ونشاطاتهم العادية، وقد تسبب مشاكل في العلاقات الشخصية[١].

في هذا الفصل يتم عرض جميع أنواع سرطانات الأطفال والتي من الممكن أن يتعرضوا لها، والأسباب العامة للإصابة، وأعراض كل مرض، كما يتم التعرض للأمراض النفسية الناجمة عن الإصابة بالسرطان وأساليب العلاج المختلفة، بغرض الوصول للأسلوب الأمثل للعلاج الموازي بالقراءة.

لذا كان من الأهمية التعرف على هذا المرض بأنواعه وما يحدثه من خلل نفسي يبدو بشكل واضح في أعراض الخوف والقلق والاكتئاب بدرجاته المختلفة والتي تحتاج إلى أشكال متعددة من العلاجات الموازية ومن أهمها العلاج بالقراءة الموجهة.

# مفهوم مرض السرطان وأسبابه وتطوره

## أولاً: مفهوم مرض السرطان:

السرطان هو مرض يتصف أساساً بنمو الخلايا بطريقة غير محكومة[٢]. وينتج من تغيرات في بعض الخلايا يؤدي إلى نموها بطريقة غير طبيعية، وتكتسب قدرة على الانقسام بسرعة غير عادية مؤدية إلى تكوين الأورام الخبيثة [٣].

---

1 ) خولة أحمد يحيى، أيمن يحيى عبد الله. التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ٢٠١٠. – ص٩١.

2) Cooper, G. Cancer. – California, USA : Donald Jones Pub., 2002 . – p17.

3) شلبي، رفعت، ترجمة جيفري كوبر. السرطان: دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج. – القاهرة: المكتبة الأكاديمية، 2004.

أو هو مجموعة متشابكة من الأمراض وليس مرضاً واحداً، والسرطان يبدأ في الخلايا، والخلية هي وحدة الحياة الأساسية في جسم الكائن الحي. ويتكون الجسم من عدة أنواع من الخلايا، وفي الوضع الطبيعي تنمو الخلايا وتنقسم لتشكيل خلايا جديدة فقط عندما يحتاج الجسم لذلك، وهذه العملية المتتابعة تساعد على بقاء الجسم في صحة جيدة، ولكن أحياناً تواصل بعض الخلايا عملية الانقسام عندما لا تكون هناك حاجة لخلايا جديدة، وهذه الخلايا الإضافية تشكل كتلة من الأنسجة يطلق عليها اسم الورم، والأورام بدورها تكون إما حميدة أو خبيثة(١).

فالورم الخبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر. هذه الخلايا الخبيثة إما أن تمتد محلياً وتغزو وتدمر النسيج الطبيعي المجاور، وإما أن تنتقل عبر الأوعية الليمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أمكنة أخرى من الجسم وتؤسس بؤراً جديدة نامية تسمى البؤر السرطانية المتنقلة، هذه البؤر السرطانية المتنقلة بدورها تدمر الأعضاء الجديدة(٢).

## ثانياً: أسباب مرض السرطان أو عوامل الخطورة:

أسباب أو عوامل الخطورة التي يشار إليها عادة ضمن العوامل المساهمة في نشوء الأورام السرطانية لدى الأطفال هي:

### ١. الوراثة:

دور الوراثة في التسبب بالسرطان لا يختلف عن دور الوراثة في التسبب بأي مرض آخر(٣)، فتاريخ العائلة وخصائص المورثات تلعب جميعها دوراً مهماً في بعض أنواع أورام الأطفال.

بينما من الممكن لأورام بأنماط مختلفة أن تظهر أكثر من مرة في التسلسل الهرمي لعائلة واحدة، ولكن السبب وراء إطلاق نشوئها وحدوثها عند طفل محدد من العائلة دون غيره وفي زمن ما يظل مجهولاً، سواء أكان بسبب اختلاف المورثات، أم

1) Cancer Prevention and Control 1948 – 1998 . – Alexandria : WHO, 1997 . – (EMRO Technical Papers; 2) . – PP 14 – 17.

7) http://www.adamcs.org/pediacancer ,(Cited 7/2/2012.)

3 ) خولة أحمد يحى، أيمن يحى عبد الله. التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2010. – ص 64.

التعرض لمواد كيميائية سامة، أم التلوث الإشعاعي، أم تفاعلات مركبة بين كل هذه العوامل أدت إلى تفعيل النمو الورمي الشاذ[1].

**٢. نمط المعيشة:**

عوامل نمط المعيشة والعادات الحياتية مثل التدخين أو التغذية غير الصحية أو العمل بصناعات تستخدم الكيماويات السامة مثل البنزين، فهو عامل خطير لنشوء اللوكيميا النخاعية الحادة، ولكنها قد تكون عوامل خطورة لأورام البالغين ولا يمكن اعتبارها كذلك بالنسبة للأطفال المرضى إذ إنهم صغار جداً حتى يتعرضوا لمثل هذه العوامل والتي تحتاج لمتسع من الوقت كي تشكل خطراً عليهم[٢].

**٣. الفيروسات:**

الربط بين التعرض لتأثير بعض الفيروسات مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة HIV وبين معدل زيادة الخطورة يؤدى للإصابة ببعض أنواع أمراض الطفولة مثل "أورام هودجكن"، والأورام الليمفاوية "اللاهودجكن، ويحتمل أن هذه الفيروسات تحدث تبدلات بالخلايا بطريقة ما بحيث تنتج خلايا مختلفة تتطور عقب تكاثرها ومرورها بمراحل النمو إلى خلايا ورمية[٣].

**٤. التلوث:**

تأثيرات التعرض لبعض العوامل البيئية مثل التلوث الإشعاعي، والتعرض للمجالات الكهرومغناطيسية عالية التوتر بسبب السكن قرب خطوط الكهرباء عالية التردد، والتعرض للمبيدات الحشرية، والأسمدة الكيماوية، وقد تمت دراسة هذه العوامل لتقصي علاقتها المباشرة بأورام الأطفال، حيث لوحظ تكرار ظهور حالات السرطان لدى أفراد غير أقرباء يعيشون في نفس الأحياء السكنية[٤].

---

1) http://www.adamcs.org/pediacancer ,7/2/2012.

2) Miller, Kennnneth D. Medical and Psychological Care of the Cancer Survivor . – London : J and B Publisher, 2009 . – PP 89 – 91 .

3) http://ar.wikipedia.org/wiki/ , (Cited 7/2/2012.)

4) خولة أحمد يحى، أيمن يحى عبد الله. التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2010 . – ص 66 .

### ٥. علاجات الأورام:

عوامل الخطورة المتعلقة بعلاجات الأورام، فقد أفادت العديد من الدراسات الطبية بوجود علاقة مباشرة بين بعض أنماط معالجات أورام الأطفال مثل الجرعات العالية من العلاج الكيماوي والعلاج الإشعاعي، وبين تطور أورام ثانوية غير الورم الأصلي المعالج عند بعض الحالات خلال فترات لاحقة من الحياة، فقد تسبب هذه المعالجات والعقاقير القوية تبدلات بالخلايا أو بالجهاز المناعي، وتؤدي إلى اختلالات بالحمض النووي ونشوء التسرطن[١].

### ٦. التغذية:

فقد وجد العلماء أن هنالك ترابطاً وثيقاً بين سوء التغذية والغذاء الغني بالدهنيات وبين الإصابة بسرطان القولون والثدي والرحم والبروستات، كما ثبت أن زيادة الوزن قد تساعد على ظهور بعض سرطانات الكلية وسرطان المثانة[٢].

ورغماً عن الأسباب السابقة فإنه لم يتم التوصل إلى الأسباب المحددة للمرض، ولكن من الواضح أن السرطان ليس نتيجة التعرض للإصابة بمرض، كما أنه لا ينتقل من شخص لآخر كما تنتقل الأمراض المعدية[٣].

## الأنواع الرئيسية لسرطان الأطفال

ينشأ السرطان لدى الأطفال بنفس المواضع تقريبا حيث تنشأ أورام البالغين، غير أن بعض الأنواع شائعة أكثر لدى الأطفال، ومن جهة أخرى تختلف أورام الأطفال عن أورام البالغين، ولا تنتهج سلوكاً مشابهاً بشكل دائم، ولا تتم معالجتها بنفس الخطط العلاجية، كما أنها لا تستجيب للمعالجات بنفس الوتيرة، إضافة إلى ارتفاع معدلات الشفاء القياسية مقارنة بأورام الكبار، حيث تبلغ معدلات الشفاء القياسية لدى أورام الأطفال في المتوسط نسبة 75% وترتفع هذه النسبة إلى أكثر من 90% في بعض الأنواع.

---

1) http://www.vb.admal.com , (Cited 9/2/2012.)

2) راشد الباز. تصور الممارسة المهنية لطريقة العمل مع جماعة مرضى السرطان، مجلة العلوم الاجتماعية، مج٨، ع٤، ٢٠٠٠.

3 ) مركز الأمل للشفاء. ما الذي تحتاج أن تعرفه عن السرطان. – عمان: مؤسسة الأمل الأردنية، ١٩٩٩. – ص ١٠ –١١.

وتظهر أورام الأطفال وتنشأ غالبا بالخلايا الابتدائية أو الأوليّـــة، والتي هي خلايا بسيطة إنشائية تمتلك قابلية النمو والنضج والتمايز لإنتاج خلايا بالغة وأكثر تخصصاً، وعادة تؤدي التبدلات أو الاختلالات التي تصيب الخلايا والممكن وصفها بالعشوائية إلى نشوء التسرطن لدى الأطفال.

من جهة أخرى تختلف معدلات أورام الطفولة بشكل كبير عن مثيلتها عند البالغين، حيث نجد أن أورام ابيضاض الدم، وأورام الدماغ والجهاز العصبي، والأورام الليمفاوية أو (أورام الغدد الليمفاوية)، وأورام العظام، والأنسجة الرخوة، والكِلى، والعيون، والغدد الكظرية، هي أكثر شيوعا عند الأطفال.

كذلك هناك حوالي مائة نوع من السرطان، تنشأ من أنواع مختلفة من الخلايا السليمة، وتنتمي معظم أنواع السرطان إلى ثلاث مجموعات رئيسية وهي:

### المجموعة الأولى: الكارسينوما Carcinoma

تمثل حوالي 90 % من حالات السرطان لجميع الأعمار وتنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الجلد أو الخلايا المبطنة لبعض الأعضاء الداخلية مثل: الرئة، المعدة، الأمعاء الدقيقة، أو من خلايا بعض الغدد مثل الثدي، والبروستاتة.

### المجموعة الثانية: الساركوما Sarcoma

وهي نادرة في الإنسان، وتنشأ خلاياها الأصلية من بعض الأنسجة المتشابكة أو المترابطة مثل أنسجة العضلات و العظام.

### المجموعة الثالثة: اللوكيميا ليمفوما Acute Lymphoblastic Leukemia

تنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الدم والخلايا التي تكون جهاز المناعة على التوالي.

والحقيقة أن معظم أنواع السرطان الشرسة تظهر خلال عمر الطفولة، ولكن لحسن الحظ فإن نسبة إصابة الأطفال بالسرطان مقارنة ببقية الأعمار قليلة.

هذا ويندر ظهور السرطانات الشائعة بين البالغين (الرئة والثدي) بين الأطفال، فبدلاً من سرطان الرئة والثدي مثلاً نجد أن سرطان الدم وجهاز المناعة تمثل نصف حالات السرطان التي تظهر أثناء مرحلة الطفولة، وتشمل الأنواع الأخرى السائدة بين

الأطفال سرطان المخ، الجهاز العصبي، العظام، والكلى، وهي أنواع يقل ظهورها لدى البالغين[١].

ويبين الجدول التالي:

جدول رقم (1) الأنواع الرئيسية لأورام الأطفال، ويجدر الإشارة إلى وجود أنواع أخرى تُعد نادرة جدا لدى الأطفال وغير مُدرجة[٢]:

**الجدول رقم (١)**

| الأنواع الرئيسية لأورام الأطفال | |
|---|---|
| ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد | Acute lymphoblastic leukemia |
| ابيضاض الدم النخاعي الحاد | Acute myeloid leukemia |
| الأورام الليمفاوية اللاهودجكن | Non Hodgkin lymphoma |
| أورام هودجكن | Hodgkin's Disease |
| أورام الدماغ والحبل الشوكي | Brain & spinal cord Tumors |
| أورام الأوليات العصبية | Neuroblastoma |
| أورام أوليات الشبكية | Retinoblastoma |
| الأورام الغرنية بالعضلات المخططة | Rhabdomyosarcoma |
| الأورام الغرنية بالعظام | Osteosarcoma |
| أورام الأنسجة الرخوة | Soft tissue sarcoma |
| مجموعة أورام يوينغ | Ewing's sarcoma |
| ورم ويلمز الكلوي | Wilm's Tumor |

يُعد سرطان ابيضاض الدم (اللوكيميا) أكثر أنواع الأورام شيوعا لدى الأطفال ويشكّل نسبة تقترب من ثلث حالات أورام الأطفال، بينما تُعد أورام الجهاز العصبي بالدماغ والحبل الشوكي ثاني أكثر الأنواع شيوعا، وتمثل نسبة تقترب من 20% من الحالات، وتنشأ معظم أورام الدماغ لدى الأطفال في منطقة المخيخ وجذع الدماغ، وتُعد أورام الحبل الشوكي أكثر نُدرة من الأورام الدماغية عند الأطفال.

1) خولة أحمد يحيى، أيمن يحيى عبدالله. التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2010. – ص ص 75 – 82.

2) http://www.adamcs.org/cancertypes.htm , (Cited 11/2/2012.)

وتأتي الأورام الليمفاوية التي تنشأ بأنسجة الجهاز الليمفاوي في الترتيب الثالث ضمن شيوع الأورام لدى الأطفال، وتتراوح معدلاتها بين سبعة إلى عشرة بالمائة من الحالات، وتتماثل نسبتها تقريبا مع أورام الأوليّات العصبية التي تعتبر الأكثر شيوعا ضمن الأورام الصلبة للخلايا العصبية خارج الدماغ، ويتم تشخيصها غالبا خلال السنة الأولى من العمر، بينما يمثل ورم ويلمز الكلوي الذي يصيب إحدى أو كلتا الكليتين، ما نسبته حوالي ستة بالمائة تقريبا من مجمل الأورام، ويظهر غالبا عند الأطفال بسن تقلّ عن الثلاث سنوات.

ويُمثل ورم جذيعات الشبكية أو سرطان الشبكية ما نسبته حوالي 3% من مجمل أورام الأطفال، ويظهر غالبا عند الأطفال بسن تقل عن الأربع سنوات، وعند حوالي ربع الحالات يصيب كلتا العينين، وتظهر نفس النسبة تقريبا عند أورام العضلات المخططة الغرنية (Rhabdomyosarcoma) والتي تُعد من أكثر أورام الأنسجة الرخوة شيوعاً لدى الأطفال، وتنشأ عن تسرطن الخلايا الأوليّة المكونة للعضلات المخططة الهيكلية، وبالنسبة لأورام العظام فهي غير شائعة عند الأطفال، وتُعد نسبة أنواعها الابتدائية التي تنشأ بالعظام أولا أقل من مثيلتها الثانوية التي تنتقل من مواضع أخرى إلى العظام سواء عند الأطفال أو البالغين، ويُعد ورم العظام الغرني (Osteosarcoma) الأكثر شيوعا ضمن أنواع أورام العظام الابتدائية لدى الأطفال والمراهقين، وتُعد مجموعة أورام إيوينج الأقل شيوعا.

وفيما يلي نعرض بالتفصيل جميع أنواع السرطانات التي تصيب الأطفال المدرجين بقاعدة بيانات الدراسة والذين طبقت عليهم تجربة العلاج بالقراءة، وأعراضها، وطرق العلاج وتأثيره النفسي على الأطفال، ويلي ذلك الإشارة بإيجاز إلى الأنواع الأخرى من السرطانات التي تصيب الأطفال وغير مدرجين ضمن تجربة العلاج بالقراءة.

## ١ - اللوكيميا: Leukemia[1]

### (أ) اللوكيميا الليمفاوية الحادة: Acute Lymphocytic Leukemia ALL

هي ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد، وتعد الأكثر شيوعاً بين الأطفال، إذ تبلغ نسبتها حوالي 75 إلى 80% من مجمل حالات اللوكيميا لدى الأطفال، وعادة تصيب الأطفال بين الثانية والثامنة من العمر وتظهر كذلك عند البالغين، ولأسباب غير معروفة تظهر لدى الذكور بنسبة أكثر من الإناث[2].

1) Estey, Elithu H., Faderl, Stefan H., Kantarjian, Hagop. Acute Leukemias . – London, USA : Springer, 2008 . – PP 3 – 9 .
2) http://www.adamcs.org/ALL.htm , (Cited 13/2/2012).

(ب) **اللوكيميا النخاعية الحادة: Acute Myeloid Leukemia AML**

تتسم بزيادة عدد خلايا الدم البيضاء والتي تدعى الخلايا المحببة وتتكون عادةً في نخاع العظم، كما تظهر في أنسجة أخرى مثل الكبد والطحال والتي تلعب دوراً حاسماً في الدفاع ضد العدوى، وتظهر غالباً عند أشخاص بالسن ما فوق الخامسة والعشرين، إلا أنها تظهر عند الأطفال والمراهقين، وإن كانت أقل شيوعاً وتبلغ نسبتها حوالي 20% من مجمل الحالات لدى الأطفال.

(ج) **اللوكيميا النخاعية المزمنة: Chronic Myeloid Leukemia CML**

نادرة جداً لدى الأطفال، إذ تبلغ نسبتها أقل من 2% من مجمل حالات اللوكيميا، وما يميزها عند بعض الحالات هو وجود عدد كبير من الخلايا المتعادلة اليافعة غير مكتملة النمو، والتي تبدو قادرة على النضج أكثر من الخلايا الأولية، إضافة إلى وجود صبغي مختل يعرف بصبغي فيلادلفيا Philadelphia Chromosome عند أكثر من 90% من الحالات، ومن ناحية أخرى تتغير سرعة تطور هذا النوع بشكل كبير عند بعض الحالات، وقد تتحول أحياناً إلى النوع الحاد.

(د) **اللوكيميا الليمفاوية المزمنة: Chronic Lymphocytic Leukemia CLL**

فهي نادرة جداً عند الأشخاص ما دون الأربعين، وقد لا تظهر أعراض مصاحبة في مراحلها المبكرة، ومن غير المعتاد معالجتها بهذه المراحل، وإن كان المرضى يبقون تحت المراقبة مخافة تطورها، ومن الغريب لدى هذا النوع أن الإحصاءات الطبية تشير إلى وجود نسبة خطر تبلغ 4:1 لإصابة الأقارب من الدرجة الأولى للمرضى(1).

كما تجدر الإشارة هنا إلى أنه وفي حالات نادرة تكون الخلايا المتسرطنة غير مميزة وصعبة التصنيف وتدعى في هذا الحال باللوكيميا غير المتمايزة Undifferentiated، حيث تظهر لدى المريض أعراض كل من اللوكيميا النخاعية والليمفاوية في آن واحد، وقد تظهر الخواص النخاعية والليمفاوية بنفس الخلايا المتسرطنة، أو تحمل بعض الخلايا المتسرطنة خواص اللوكيميا النخاعية ويحمل

1) سرطان الدم الليمفاوي الحاد. مركز الحسين للأطفال. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، 2007. – ص ص 4 – 5.

بعضها الآخر خواص اللوكيميا الليمفاوية، ويعد تصنيف مثل هذه الحالات صعباً ومثيراً للجدل بين المدارس الطبية[١].

**الأعراض[٢]:**

- سهولة العدوى.
- سهولة النزف والتكدم.
- الإعياء وشحوب البشرة.
- آلام العظام.
- الصداع والنوبات الصرعية والتقيؤ.
- الطفح الجلدي.
- تضخم الغدد الليمفاوية.
- تضخم الغدة الصعترية Thymus.

**٢. الأورام الليمفاوية اللاهودجكن: NHL**

ويوجد ثلاثة أنواع رئيسية من الأورام اللاهودجكن تظهر عند الأطفال[٣]:

**(أ) الورم الليمفاوي اللاهودجكن: (Lymphoblastic Lymphoma)**

ويمثل هذا النوع ثلث حالات الأورام الليمفاوية عند الأطفال، ويعد أكثر شيوعاً عند المراهقين، ويظهر عند الذكور بنسبة الضعف تقريباً عن الإناث، وقد يتركز بالغدة الصعترية التي تتواجد أمام القلب ويكون كتلة ورمية خلف العظام بالقفص الصدري مما قد يسبب مشاكل تنفسية، بينما ينشأ لدى نسبة أقل من الحالات باللوزتين والغدد الليمفاوية بالرقبة.

**(ب) الورم اللاهودجكن ضئيل الخلايا: (Small Noncleaved N.H. Lymphoma)**

ويظهر غالباً لدى الذكور بين سن الخامسة والعاشرة، ويمثل نسبة تزيد عن ثلث الحالات لدى الأطفال، وتتفاوت معدلاته عبر العالم، ففي بعض أجزاء

1) http://www.adamcs.org/AML , (Cited 13/2/2012.)
2) Behrman,Richard E. Nelson : Textbook of Pediatric . – Philadelphia : W.B. Saunders Company, 2000.
3) Pizzo, Philip A., Poplacl, David G. Principles and Practice of Pediatric Oncology . – 6th. Ed. . – London : Lippincott Williams & Wilkins, 2011 . – PP : 664 – 678.

أفريقيا يمثل أكثر من ٩٠% من حالات الأورام اللاهودجكن وأكثر من نصف أورام الأطفال، وينشأ عادةً بعظام الوجه وخصوصاً بعظام الفكين لدى الأطفال، بينما من المعتاد أن ينشأ بالتجويف البطني.

**(ج) الورم اللاهودجكن متسع الخلايا: (Large Cell N.H. Lymphoma)**

يمثل هذا النوع حوالي ربع حالات الأورام الليمفاوية عند الأطفال، وينشأ بالأنسجة الليمفاوية بالرقبة، أو بمواضع خلف القفص الصدري، أو بالحلق، أو بالتجويف البطني، ويظهر عند بعض الحالات بانتقال مبكر إلى الجلد أو الأنسجة تحت الجلد.

**الأعراض:**

- تضخم ملحوظ للغدد الليمفاوية القريبة من سطح الجسم على جانبي الرقبة وتحت الإبطين أو بالترقوة، ويستمر فترات طويلة دون الرجوع للحجم الطبيعي وبدون ألم.
- تضخم البطن إذا كان الورم بالبطن.
- ألم حاد أو معتدل بالبطن.
- الحمى المتواصلة لفترات طويلة وفقدان الوزن.
- الشعور المتواصل بالإعياء وفقد الشهية.
- انتفاخ بالرأس وبأعلى الصدر وبالذراعين مع تغير لون البشرة بهذه المواضع إلى اللون الأحمر الداكن والأزرق، وقد يؤثر نشوء هذه العلة على الدماغ ويهدد حياة الطفل.

**٣. سرطان المخ[1] : Brain Tumor B.T.**

تتحكم الدماغ الرئيسة الثلاث بنشاطات مختلفة:

**(أ) المخ:**

أكبر أجزاء الدماغ ويقع أعلى الدماغ، ويستخدم المخ المعلومات التي يحصل عليها عن طريق الحواس، ويتحكم في القراءة والتفكير والتعلم والنطق

1) Orkin, Stuart H. and Others . Oncology of Infancy and Childhood . – Philadelphia : Sauders, 2009 . – PP. : 604 – 612.

والعواطف. وينقسم المخ إلى قسمين: نصف كرة أيمن ويتحكم في عضلات الجهة اليسرى، بينما يتحكم النصف الأيسر في عضلات الجهة اليمنى بالجسم.

**(ب) المخيخ:**

ويقع تحت المخ في مؤخرة الدماغ ويتحكم في التوازن، والنشاطات المعقدة كالمشي والكلام.

**(ج) جذع الدماغ:**

ويصل الدماغ بالحبل الشوكي ويتحكم بالجوع والعطش والتنفس وحرارة الجسم وضغط الدم وبعض وظائف الجسم الأساسية الأخرى.

## أنواع أورام الدماغ الحميدة والخبيثة :

أورام الدماغ الحميدة لا تحتوي على خلايا سرطانية، حيث يمكن عادة استئصال الأورام الحميدة ونادراً ما تعود للنمو مرة أخرى.

أما أورام الدماغ الخبيثة فتحتوي على خلايا سرطانية تشكل خطراً على الحياة، وغالباً ما تنمو هذه الأورام بسرعة كبيرة وتتجمع حول أنسجة الدماغ السليمة وتجتاحها، والحالة الوحيدة لدينا ضمن الدراسة التجريبية التي تعاني من إصابة سرطان المخ هي حالة Medulloblastoma وهو أحد أنواع سرطان المخ وأحد أورام الأوليات النخاعية.

ويسمى الورم الذي يبدأ في الدماغ بورم الدماغ الرئيسي، وأغلب أورام الدماغ التي تصيب الأطفال أورام رئيسة، وتصيب أغلب أورام الدماغ بين من هم في سن السبعين فما فوق، ومع هذا تأتي أورام الدماغ في المرتبة الثانية بين أمراض السرطان الأكثر شيوعاً بين الأطفال دون سن الثامنة أكثر منها بين الأطفال فوق هذا السن.

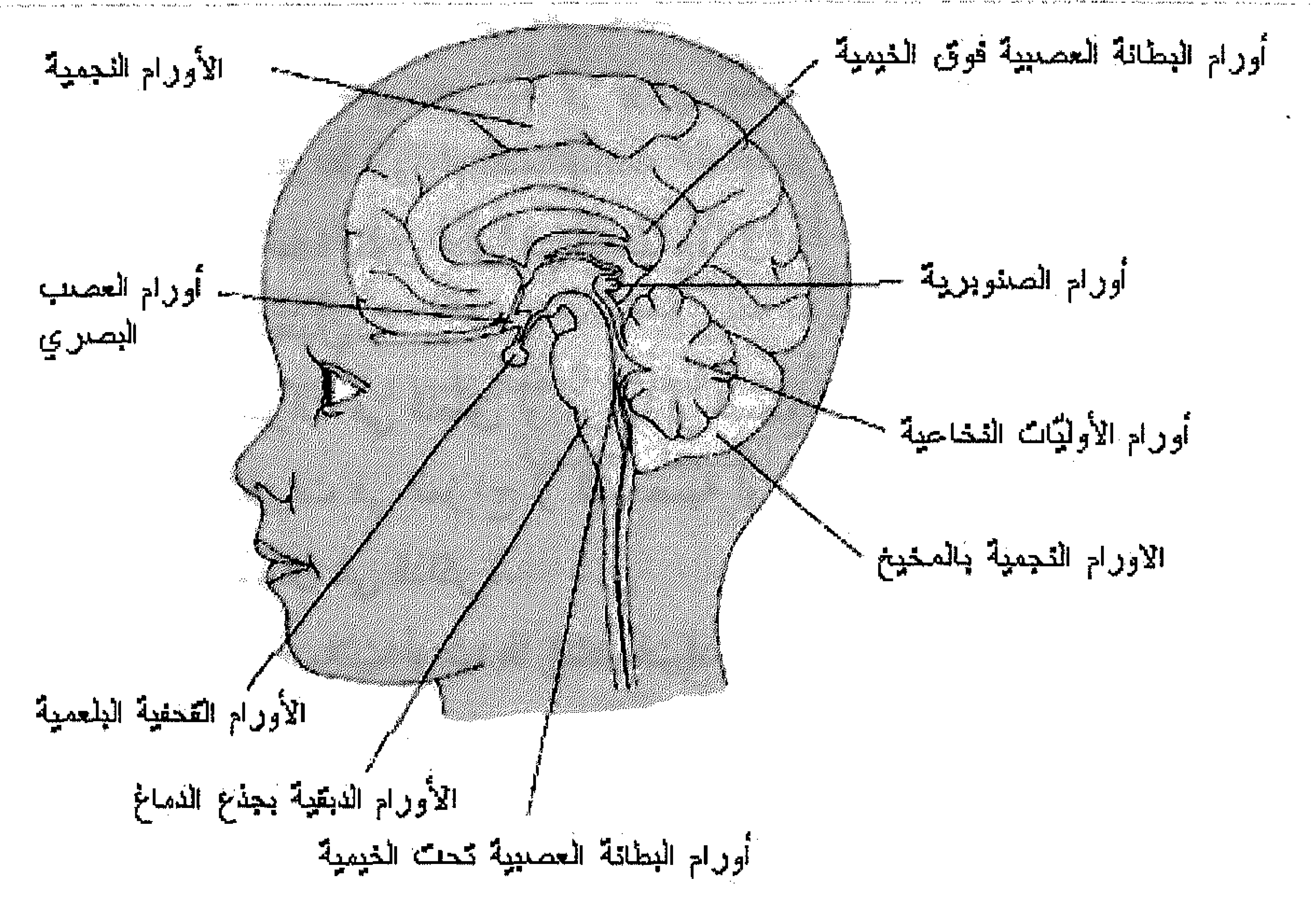
ويوضح الشكل التالي:

شكل رقم (٢) مواضع بعض الأورام الدماغية الشائعة لدى الأطفال[1].

1) ) http://www.adamcs.org/CNS.htm , (Cited 15/2/2012.)

شكل رقم (٢)

مواضع بعض الأورام الدماغية الشائعة لدى الأطفال[١]




يوضح الشكل السابق رقم (٢) المواضع المختلفة لبعض أورام الدماغ لدى الأطفال والتي يمكن أن تنشأ بأي نوع من الخلايا أو الأنسجة، وهذه الأورام هي:

الأورام الدبقية، وهي الأكثر شيوعاً لدى الأطفال وتشمل أورام الخلايا النجمية، وأورام الخلايا الدبقية قليلة التغصن، وأورام البطانة العصبية، والأورام الدبقية بجذع الدماغ، والأورام الدبقية بالعصب البصري، وأورام العصبات، والأورام الدبقية العقدية، وأورام الضفيرة المشيمية، والأورام القحفية البلعمية، وأورام خلايا شفان أو أورام الأغماد العصبية، والأورام السحائية، والأورام الحبلية الظهارية، وأورام الخلايا التناسلية.

1) http://www.adamcs.org/CNS.htm#06 , (Cited 16/2/2012.)

**الأعراض:**

تعتمد أعراض الورم الدماغي على حجم الورم ونوعه وموقعه، وتظهر الأعراض عندما يضغط الورم على عصب أو يؤذي منطقة معينة من الدماغ، وفيما يلي الأعراض الأكثر شيوعاً لأورام الدماغ:

- الصداع وعادة يكون أسوأ في الصباح.
- الشعور بالغثيان.
- حدوث تغيرات في النطق أو الرؤيا أو السمع.
- حدوث تغيرات في المزاج أو الشخصية أو القدرة على التركيز.
- ظهور مشاكل في الذاكرة.
- ارتعاش العضلات أو شدها (تشنجات).
- الشعور بخدر أو وخز في الذراعين أو القدمين.

ولا تعتبر هذه الأعراض مؤشرات مؤكدة على الإصابة بورم دماغي، حيث إنها يمكن أن تنجم عن حالات أخرى[١].

**٤. الأورام الجرنية بالعظام[٢]: Osteosarcoma O.S.**

الأورام اللحمية بالعظام أو الأورام الغرنية العظمية هي أورام سرطانية تنشأ بالعظام والأنسجة الرخوة كالأوتار التي تربط العضلات بالعظام والأنسجة الليفية والغضاريف.

**الأعراض:**

- تظهر الأعراض على هيئة ألم بالموضع ويكون متقطعاً في البداية ويزيد بالليل.
- يزيد الألم مع مزاولة الأنشطة البدنية، وقد ينتج عنه عرج إذا كان بالرجلين.
- مصاعب بالحركة وهشاشة بالعظم.

---

1) محمد أكرم بشناق. التحكم بالأعراض. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية، ٢٠١٠. – ص ص 4 – 18.

2) Orkin, Stuart H. and Others . Oncology of Infancy and Childhood . – Philadelphia : Sauders, 2009 . – PP. : 872 – 889.

- حدوث بعض الكسور بالعظم.
- حمى وإعياء وفقدان وزن وفقر دم.

## ٥. الأورام الجرنية بالعضلات المخططة[١]: R.M.S.

الأورام الجرنية بالعضلات المخططة Rhabdomyosarcoma أو أورام العضلات المخططة اللحمية، هي أحد أنواع الأورام اللحمية الجرنية التي تنشأ بشكل رئيسي في العظام والأنسجة الرخوة، مثل العضلات، والأنسجة الضامة كالأوتار التي تربط العضلات بالعظام، والأنسجة الليفية والغضاريف، والأنسجة الزلالية المحيطة بالمفاصل إضافة إلى الشحوم والأنسجة العصبية.

### الأعراض:

يعتمد شكل العرض بطبيعة الحال على موضع الورم وهي:

- جحوظ العين إذا كان الورم بمحجر العين.
- ظهور كتلة متضخمة بموضع الورم دون ألم.
- حدوث آلام أو تقرحات عند نمو الورم أو تضخمه وضغطه على الأعصاب.
- الشعور بآلام معوية عند حدوث الورم بالتجويف البطني بجانب التقيؤ.
- اصفرار الجلد أو العينين حالة نشوء الورم بالقنوات الصفراوية.
- حدوث نزيف دموي عند نشوء الورم بالمثانة أو المهبل.

## ٦. مجموعة أورام إيوينج: Ewing's Sarcoma

وهي أورام سرطانية نادرة تنشأ بالعظام، والأنسجة الرخوة (مثل العضلات، والأنسجة الضامّة كالأوتار التي تربط العضلات بالعظام، والأنسجة الليفية والغضاريف، والأنسجة الزُلالية المحيطة بالمفاصل، إضافة إلى الشحوم، والأوعية الدموية، والأعصاب)، وقد سميت هذه الأورام بـــ "إيوينج" نسبة إلى الطبيب جيمس إيوينج (James Ewing) الذي قدم أول دراسة طبية عنها سنة ١٩٢١ م، حيث كشفت هذه الدراسة عن وجود ورم بالعظام يختلف في خواصه عن أورام العظام الجرنية (osteosarcoma) الشائعة والمعروفة في ذلك الوقت، ثم

1) http://www.adamcs.org/RMS.htm , (Cited 19/2/2012.)

بينت إمكانية معالجته باستخدام المعالجات الإشعاعية، وقد أصبح هذا الورم معروفا بورم إيوينج بالعظام.

**الأعراض:**

- تورم أو كتلة متضخمة بموضع الورم.
- آلام وتقرحات عند نمو الورم وضغطه على الأعصاب.
- الحمى بشكل متواصل.
- الإعياء وفقدان الوزن والضعف الحركي والتعرق.
- تضخم الغدد الليمفاوية.

**٧. أورام الأوليات العصبية[1]: Neuroblastoma**

ورم الأوليّات العصبية neuroblastoma ويسمى أيضا بورم الجذيعات العصبية، وهو ورم سرطاني من النوع الصلب، ينشأ عن تسرطن الخلايا العصبية الابتدائية الأوليّة neuroblasts غير البالغة المكونة للأنسجة العصبية، ويمثل ورم الأوليّات العصبية نسبة تتراوح بين ٧ إلى ١٠% من مجمل أورام الأطفال، ويشكل أكثر من نصف حالات الأورام لدى الرُضّع، وتزيد نسبته بشكل طفيف لدى الذكور عنها لدى الإناث، وتظهر أغلب الحالات في الطفولة المبكرة.

**الأعراض:**

- تختلف الأعراض وفقاً لموضع الورم الأصلي ومدى امتداده وانتقاله إلى مواضع أخرى سواء مجاورة أو بعيدة بالجسم، فوجود الورم بالتجويف البطني يؤدي إلى انتفاخ البطن وشعور الطفل بآلام مختلفة.
- نمو الورم يؤدي إلى مضاعفات بالمثانة والأمعاء.
- ضغط الورم على العمود الفقري يؤدي إلى عدم القدرة على تحريك الأيدي والأقدام.
- الضغط على أعصاب معينة بالصدر والرقبة يؤدي إلى تدلي الجفون وصغر بؤبؤ العين.

---

1) Albright, A.Leland, Pollack, Ian F., Adelson, David. Principlesand Practice of Pediatric Neurosurgery . – New York : Thieme, [2009] . – pp 59 – 61 .

- عند ضغط الورم على الوريد الأجوف العلوي الذي يحمل الدم من الرأس والذراعين للقلب يحدث انتفاخ بالرأس وبالذراعين وأعلى الصدر مع تغير لون الجلد إلى اللون الأحمر الداكن مع الزرقة.
- تعرض الطفل للعديد من المخاطر عند انتقال الخلايا الورمية إلى النخاع العظمي، وقد يحدث ذلك إلى عشرين بالمائة من الحالات، مما يتسبب في نقص إنتاج خلايا الدم وتدني معدلاتها بالجسم، ويؤدي ذلك إلى فقر الدم وخطر سهولة النزف، وفقد القدرة على رتق الجروح بأي موضع بالجسم نتيجة انخفاض معدل الصفائح الدموية.
- الحمى والإسهال الحاد والمتواصل، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة سرعة نبض القلب، واحمرار الجلد، والتعرق المستمر، وكلها أعراض ناتجة عن تأثير هرمونات تفرزها الخلايا الورمية.

**٨. ورم ويلمز الكلوي[1]: Wilms' Tumor W.T.**

ورم ويلمز الكلوي، هو أحد الأورام السرطانية التي تنشأ بالكليتين، ويُعد من أكثرها شيوعا لدى الأطفال، ويُسمى أيضا بورم الأوليّات الكلوية.
وتمثل أورام ويلمز حوالي ٩٥% من أورام الكلى عند الأطفال، بينما جميع أورام الكلى عند البالغين تقريبا هي من نوع سرطان الخلايا الكلوية النسيجي Renal Cell Carcinoma، ومن النادر جدا أن يظهر ورم ويلمز لدى البالغين أو العكس، وينشأ في أغلب الأحوال بأنسجة كلية واحدة ويسمى في هذه الحال بالورم الأحادي unilateral أي المتواجد بجانب واحد من الجسم، ويظهر بالكليتين معاً عند نسبة تتراوح بين ٥ إلى ١٠% من الحالات، ويسمى في هذه الحال بالمزدوج أو الثنائي bilateral، ويتم تشخيصه عند أغلب الحالات عقب تضخمه بشكل واضح.

**الأعراض:**

- ظهور أوردة تبدو منتفخة أو متسعة على امتداد رقعة التجويف البطني.
- وجود دم مع البول.

1) Breslow NE. & Others . Age Distributions, Birth Weights, Nephrogenic Rests and Heterogeneiy in the Pathogenesis of Wilms Tumor . – London : Saunders, 2006 . – PP. : 260 – 267.

- وجود ألم بالتجويف البطني ناتج عن الضغط الواقع على الأعضاء المجاورة للورم.
- فقد الشهية و الخمول أو الشعور بالإعياء، أو وجود حمى.
- ارتفاع ضغط الدم.

### ٩. أورام الخلية الجرثومية[١] : GCT

ورم الخلية الجرثومية Germ cell tumor هو ورم مشتق من الخلايا الجرثومية. فأورام الخلية الجرثومية يمكن أن تكون أوراماً سرطانية أو حميدة. والخلايا الجرثومية هذه تحدث عادة داخل الغدد التناسلية.

**الأعراض:**

- ظهور تورم في منطقة معينة في الجسم.
- الإمساك.
- سلس البول.
- ضعف الساق.

### ١٠. أورام الخلايا الكبدية[٢]: HCC

سرطان الخلية الكبدية Hepatocellular carcinoma وهو من أكثر السرطانات شيوعاً حول العالم ويتأثر الذكور بهذا المرض ضعف الإناث، وهو يصيب الأفراد في الفئة العمرية بين ثلاثين وخمسين سنة، ونادراً ما يصاب به الأطفال.

**الأعراض:**

- نقص الوزن.
- ضعف عام وإحساس بالتعب أو الخمول.
- قلة الشهية.

1) Pizzo, Philip A., Poplacl, David G. Principles and Practice of Pediatric Oncology . - 6th. Ed. . - London : Lippincott Williams & Wilkins, 2011 . - PP : 1045 – 1048.

2) Zimmermannm Arthur, Malogolowkinm Marcio. Pediatric Liver Tumors . - London, New York : Springer, 2011 . - PP 59 - 63 .

- آلام في أعلى البطن، وزيادة في سائل البطن.
- اصفرار الجسم ومقلة العين.
- ارتفاع في درجة الحرارة وغثيان وتقيؤ.

وبعد عرض مجموعة أورام الأطفال والمدرجة بقاعدة بيانات الدراسة، يتبين أن لكل نوع من هذه الأورام عدد من المصابين بها من الأطفال والمتضمنين بتجربة العلاج بالقراءة، وقد لوحظ تضمين هذه المجموعة من الأمراض لمرض السرطان الكبدي رغم أن المصابين به من الأطفال فئة قليلة جداً، ويمثل بالنسبة لحالات التجربة حالة واحدة.

وهناك ثلاثة أنواع أخرى من سرطانات الأطفال لم تذكر لعدم وجود حالات لها، إلا أنه سوف يتم التعرض لهذه الأنواع الثلاث بإيجاز شديد على اعتبار أنها أورام أطفال وإن لم يكن لها حالات بالدراسة التطبيقية، وهذه الأنواع هي:

**١. أورام هودجكن[1]: Hodgkin's Disease**

ورم هودجكن الليمفاوي أو داء هودجكن Hodgkin's disease هو أحد الأورام السرطانية الليمفاوية lymphomas التي تنشأ وتتطور بأنسجة الجهاز الليمفاوي، أحد المكونات الرئيسية للمنظومة المناعية بالجسم، والذي يتكون من خلايا مختلفة ومتعددة الوظائف، تتكامل معا كجزء أساسي في الرد المناعي، سواء في مقاومة العدوى المختلفة، أو تدمير بعض أنواع الخلايا السرطانية، وقد سميت هذه الأورام بذلك نسبة إلى الطبيب توماس هودجكن أول من قام بتشخيصها في العام ١٨٣٢م، ومن المعتاد أن تنشأ لدى الأطفال بالفئة العمرية ما بين العاشرة والسادسة عشرة على وجه الخصوص، وتُعد نادرة الظهور لدى الفئة العمرية دون الخامسة، كما ترتفع معدلات ظهورها لدى الذكور عنها لدى الإناث.

ومن أهم أعراضه نشوء حمى لفترات طويلة تصل لأسابيع، والتعرق الليلي، وفقد الوزن، وفقدان الشهية، وتضخم الغدة بدون آلام، ونقص الوزن.

1) Miller, Kenneth D. Medical and Psychological Care of the Cancer Survivor . – London : J and B Publisher, 2009 . – PP 256 – 257 .

### ٢. أورام أوليات الشبكية[1]: Retinoblastoma

هو ورم سرطاني ينشأ عن تسرطن الخلايا الأولية للشبكية retinoblasts المكونة لأنسجة شبكية العين، والنسيج العصبي الرقيق المتواجد بمؤخرة مقلة العين، والذي يقوم بالإحساس المرئي للضوء وتكوين الصور المرئية.

يُعد ورم الشبكية من أكثر أورام العيون شيوعا بين الأطفال ومن النادر نشوء أنواع سرطانية أخرى بالعيون لديهم، ويمثل حوالي ٣% من مجمل أورام الأطفال، ويظهر غالبا بالسن ما قبل الأربع سنوات، ومتوسط الأعمار حوالي السنتين، ويصيب الذكور والإناث بنسب متماثلة، ومن المعتاد أن يتركز في العين المصابة دون أن ينتقل إلى الأنسجة المحيطة.

ومن أهم أعراضه ظهور حالة تسمى البؤبؤ الأبيض Leukokoria أو انعكاس عين القط Cats Eye Reflex، وظهور شيء من الحول بالعينين، وضعف بالعضلات المتحكمة بحركتها، وألم بالعين واحمرارها.

### ٣. أورام الأنسجة الرخوة[2] : Soft Tissue Sarcomas

وهي أورام سرطانية تصنف ضمن الأورام اللحمية الجرنية sarcoma، وتنشأ بالأنسجة الرخوة بالجسم، وهي الأنسجة التي تربط بُنية وأعضاء الجسم أو تدعمها أو تحيط بها، وتشمل العضلات والأنسجة الضامّة، مثل الأوتار التي تربط العضلات بالعظام، والأنسجة الليفية والغضاريف، والأنسجة الزلالية المحيطة بالمفاصل synovial tissues إضافة إلى الشحوم، والأوعية الدموية، والأعصاب، وقد تنشأ هذه الأورام وتنمو في أي موضع بالجسم، غير أنها تنشأ عند الأطفال وتتطور عادة بمنطقة الجذع (الصدر، الظهر، البطن، الحوض، الأكتاف) والأطراف، الذراعين، اليدين، الأرجل، الأقدام، وقد تنشأ لدى نسبة ضئيلة بمنطقة الرأس والرقبة.

وقد لا تنجم عن أورام الأنسجة الرخوة أية أعراض واضحة وظاهرة في مراحلها المبكرة، ومن غير المعتاد أن تظهر أعراض بدنية عامة مثل الحمّى وفقدان الوزن والتعرق الليلي، مع أغلب أورام الأنسجة الرخوة، إلا عند وجود انتقال

1) Singh, Arun D. Essentials of Ophthalmic Oncology . – USA : Slack Incorporated, 2009 . – PP 151 – 153 .
2) http://www.adamcs.org/STS.htm , (Cited 19/2/2012.)

للورم من موضع نشأته، وفي هذه الحال قد تظهر أعراض شبيهة بأعراض اللوكيميا، مثل تضخم الغدد الليمفاوية أو آلام العظام أو الإعياء أو فقدان الوزن.

وبعد عرض الأنواع المختلفة للأورام التي تصيب الأطفال، يبقي التعرف على العلاج المتبع لمختلف هذه الأورام السرطانية، والآثار النفسية التي تصاحب الإصابة بالسرطانات وعلاجها بمختلف أنواعه.

# معالجات السرطان

لكي نتعرف على مدى الآثار النفسية التي يتعرض لها الطفل ينبغي أن نتعرض في إيجاز لمعالجات السرطان المختلفة:

### ١. الجراحة[1]: Surgery

يعتبر العمل الجراحي من أقدم أنواع معالجات السرطان، وبشكل عام هو العلاج الأكثر فعالية في الشفاء من السرطان، فهناك بعض الأورام لا تستجيب جيداً للمداواة بالأشعة أو العقاقير ويفضل أن تعالج بالجراحة، بينما البعض الآخر قد تصعب إزالته بالجراحة، لكنه قد يستجيب لأنواع العلاجات الأخرى، ورغماً عن علاج الجراحة للورم بإزالته، فإنها تترك أحياناً أثاراً نفسية سيئة، فالجراحة وإن كانت تتعامل مع الورم مباشرةً بإزالته، فإنه من الممكن أن يتطلب لبتر الورم بتر عضو من أعضاء الجسم كالقدم أو الذراع أو العين، مما يتسبب في مشاكل نفسية واجتماعية عنيفة قد تؤدي إلى بعض الأمراض النفسية للطفل.

### ٢. العلاج الكيماوي[2]: Chemotherapy

هو علاج باستخدام أدوية كيماوية تعرف بالعقاقير المضادة للسرطان، ويقوم العلاج الكيماوي بالقضاء على الخلايا السرطانية وتدميرها، وتأتي الميزة الرئيسية لهذا العلاج من مقدرته على معالجة الأورام المتنقلة والمنتشرة، بينما يقتصر العلاج الإشعاعي أو الجراحة على معالجة الأورام المنحصرة بمواضع محددة، وتعود فعاليته المميّزة إلى حقيقة أن الخلايا السرطانية بطريقة ما أكثر حساسية

1 ) http://www.adamcs.org/surgery.htm, (Cited 20/2/2012.)

2) Nalin, Gupta., Banerjee, Anuradha., Haas-Kogan, Daphne. Pediatric CNS Tumors . – Berlin : Springer, 2010 . – PP. : 243 – 249.

تجاه الكيماويات من الخلايا الطبيعية، وقد يتم استخدامه كعلاج منفرد لدى بعض الحالات، أو جزء من برنامج علاجي متكامل يتكون من عدة علاجات مشتركة، ويتم اتخاذ القرار باستخدام هذا العلاج بالموازنة ما بين فاعليته وآثاره الجانبية ومضاعفاته المستقبلية وبين خطورة السرطان، وبطبيعة الحال فمضاعفاته وآثاره مقبولة مقارنة بالمرض نفسه، إضافة إلى أن المردود العلاجي إيجابي بشكل كبير جدا.

### ٣. العلاج الإشعاعي[1]: Radiotherapy

العلاج بالأشعة هو شكل من أشكال العلاج الموضعي على غرار الجراحة، وتكمن فاعلية هذا العلاج في مقدرة الإشعاع على تدمير وتفتيت الحمض النووي بالخلايا السرطانية، وهو المادة الكيميائية التي تحمل المعلومات والشفرات الوراثية، وتتحكم في العمليات الحيوية اللازمة للتكاثر والنمو، وأداء مختلف الوظائف الخلوية، وبصفة عامة فالخلايا التي تنمو وتتكاثر بوتيرة سريعة، شأن الخلايا السرطانية، هي أكثر حساسية تجاه مفعول الإشعاع وأشد تأثرا، وبطبيعة الحال، تتخذ تدابير وقائية أثناء المعالجة الإشعاعية، تلافيا لتعرض أكبر كمّ ممكن من الأنسجة والأعضاء الطبيعية السليمة للإشعاع، وتتم عادة حمايتها باستخدام دروع واقية وبأنماط مختلفة، وبالرغم من هذه الاحتياطات، فإن بعض الخلايا الطبيعية تتأثر بالإشعاع وإن كانت عموما قادرة على التعافي بحيوية اكبر، نظرا لمقدرتها على استخدام تقنيات الجسم الطبيعية لإصلاح وترميم الأضرار الواقعة على الحمض النووي.

### زرع النخاع العظمي[2]: Bone Marrow Transplantation

النخاع العظمي هو النسيج الإسفنجي اللين، والمسمى بالنخاع الأحمر، والمتواجد داخل جزء العظام المعروف بالعظم الإسفنجي، والذي تتمثل وظيفته الأساسية في إنتاج خلايا الدم، ويتكون من خلايا متحولة (تتحول إلى خلايا دموية أي مولدة لمكونات الدم)، وخلايا دهنية، وأنسجة تساعد على نمو خلايا الدم.

---

1) Ibed, PP. : 261 – 268.

2) Stewart, Susan K. Autologous Stem Cell Transplants : A Handbook for Patients . – USA: bmt Pup., 1994. – PP 15 – 22 .

وتأتي الحاجة إلى إجراء عمليات زرع النخاع العظمي Bone marrow transplant وزرع خلايا المنشأ المولِدة (Stem cells transplant) حين يصبح النخاع العظمي عاجزا عن أداء وظائفه وإنتاج خلايا الدم، سواء نتيجة تضرره بسبب من السرطان نفسه الذي يجعله إما منتجا لخلايا ورمية شاذة أو منتجا لأعداد ضئيلة من خلايا الدم، أو من جراء تأثيرات العقاقير الكيماوية والعلاج الإشعاعي على النخاع، فقد يستلزم الأمر للقضاء على الخلايا السرطانية، خصوصا عند أورام الدم والأورام الليمفاوية وبعض الأورام الصلبة، اتباع برامج علاجية قوية وبجرعات مكثفة تؤدي إلى تدمير وإحباط النخاع وفقده المقدرة على أداء وظائفه، ومن هنا تستهدف عمليات الزرع استبدال خلايا المنشأ بالنخاع المصاب بالسرطان، أو المُحبط بالعلاجات، بخلايا سليمة ومعافاة قادرة على النمو والتكاثر وإنتاج خلايا الدم.

### ٤. العلاج المناعي[١]: Immunotherapy

العلاج المناعي ويُعرف أيضا بالعلاج الحيوي Biological therapy أو بالعلاج المُعدل للاستجابة الحيوية biological response modifier therapy هو علاج بتوظيف آليات عمل الجهاز المناعي المختلفة، خصوصا الآليات المتعلقة بتمييز الخلايا الدخيلة، وإثارة ردود الفعل المناعي، وآليات رفع معدلات إنتاج الخلايا المناعية وتعزيزها، بُغية دعم واستنهاض وتحفيز جهاز المناعة، بشكل مباشر أو غير مباشر، سواء لمقاومة الأمراض ومكافحة العدوى، أو لمعاملة الخلايا السرطانية كخلايا عدوة وتدميرها.

كما أن هناك العديد من برامج مكافحة السرطان، والوقاية، وعلاج الألم والسيطرة عليه في مراحله المختلفة[٢] أو إزالة التعرض لمسببات السرطان، كالكشف المبكر، ومكافحة التدخين، والتغذية الصحية، وخفض استهلاك الكحول، وخفض التعرضات المهنية والبيئية المسببة للسرطان، وتجنب التعرض لفترات طويلة لضوء الشمس الحارقة، والتثقيف الصحي فيما يتعلق بالعوامل الجنسية والإنجابية المرتبطة بالسرطان[٣].

---

1 ) Yotnda, Patricia. Immunotherapy of Cancer . – London, New York : Springer, 2010 . – P279 .

2) باتريك ماكفرات. تخفيف آلام السرطان عند الأطفال. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، 2010. – ص ص 10 – 11.

3) منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط. البرامج الوطنية لمكافحة السرطان: السياسات والإرشادات الإدارية. – ط٢. – منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠٦. – ص ص ٢٥ – ٤٥.

# المظاهر النفسية والاجتماعية والمعرفية لدى أطفال مرضى السرطان أو الاضطرابات النفسية الناجمة عن الإصابة والعلاج

من النتائج المباشرة للتطورات الهائلة في وسائل وأنماط معالجات الأورام المختلفة، أن تمكن ما يزيد عن ٨٠% من الأطفال المُعالجين من اجتياز مرحلة الخمس سنوات شفاء القياسية، بزيادة ٤٥% عن سنوات الستينات، وبتزايد أعداد الأطفال الناجين وامتداد فترات حياتهم لأطول من الأجيال السابقة، أصبح من الممكن إجراء الأبحاث والدراسات المستفيضة حول المسائل المتعلقة بتطورهم الصحي على المدى الطويل، فيما أصبح يُعرف ببحوث التأثيرات والمضاعفات المتأخرة للسرطان ومعالجاته، وقد تبين للباحثين أنه يمكن لعلاجات السرطان أن تؤثر بشكل كبير وبدرجات متفاوتة على صحة الأطفال الناجين لعدة سنوات لاحقة، سواء خلال فترات وأطوار نموهم ومرورهم بمراحل المراهقة والبلوغ والرشد، أو إلى أبعد من ذلك خلال سنوات متأخرة من العمر[١].

كما يؤثر السرطان ومعالجاته المختلفة لدى الأطفال على جوانب مختلفة وهي[٢]:

- أعضاء الجسم أو عظامه أو أنسجته.
- المزاج والمشاعر والتصرفات.
- التفكير والتعلم والذاكرة.

## المضاعفات المتأخرة لمعالجات السرطان

## Late Effects of Cancer Treatment

كما هو معروف، يتجاوب جسم كل طفل مع المعالجات بطريقة ونمط خاص وفريد، وكما تختلف أنماط الاستجابة والتفاعل تجاه الأورام وعلاجاتها من طفل لآخر، كذلك الأمر مع المضاعفات العلاجية المتأخرة، والتي تعتمد بشكل كبير على نوع ونمط المعالجات المتلقاه وجرعاتها وفتراتها الزمنية، وبطبيعة الحال تزداد نسبة

1 ) Fainsilber, Lynn., et.al. Pediatric Cancer and The Quality of Children'sDyadic Peer Interactions . - London : Society of Pediadtric Psychology, 2010 . – Journal of Pediatric Psychology . – P. 6.

2) خولة أحمد يحيى، أيمن يحيى عبدالله. التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، ٢٠١٠. – ص ص ٨٩ – ٩١.

الخطورة عند الأطفال الصغار جدا، حيث هم الأكثر عُرضة لهذه المضاعفات نتيجة تعرضهم للمرض وعلاجاته القوية خلال فترة مبكرة من العمر، تكون فيها البُنية الجسدية ضعيفة وما زالت تحت أطوار النمو المختلفة.

ويدرس الأطباء الآثار المتأخرة التي تسببها معالجة سرطان الأطفال، حيث يحاولون معرفة ما إذا كان تغير المعالجة يمكن أن يساعد على الحيلولة دون حدوث الآثار المتأخرة أو الحد منها[١].

**أولاً: التأثيرات على الدماغ والجهاز العصبي المركزي:**

قد تؤثر معالجات الجهاز العصبي المركزي على الدماغ، ويكون من تلقي معالجة بالأشعة في الرأس أو جراحة في الدماغ أو معالجة كيماوية، ومن الأعراض الجانبية التي قد تصيب الأطفال عند معالجاتهم من السرطان تعرضهم لبعض المشاكل في المجالات الآتية:

التفكير – التعلم – حل المشاكل – الكلام – القراءة – الكتابة – الذاكرة – تنسيق الحركة بين العينين واليدين والعضلات الأخرى، وقد يصاب الناجون بإعاقات في التعلم أو انخفاض مستوى الذكاء، وقد أثبتت الدراسات وجود علاقة ما بين الحقن الغِمدي intrathecal للعقاقير الكيماوية في السائل المُخّي الشوكي المحيط بالحبل الشوكي والدماغ، وبين نقص القدرات التعليمية وضعفها لدى الأطفال، ويظهر ذلك بشكل أكثر شيوعا لدى الأطفال ممن تلقوا الجرعات العلاجية بالسن ما دون الخامسة من العمر.

وقد يشعر الناجون من سرطان الأطفال بقلق وإحباط يرتبطان بالتغيرات الجسدية والمظهر أو الخوف من عودة السرطان، وقد تحول هذه المشاكل دون عودتهم إلى ممارسة حياتهم وأنشطتهم العادية، كما أنها قد تسبب مشاكل في العلاقات الشخصية، والتعليم، والتوظيف، والصحة[٢].

---

1 ) ريز، جاريت. السرطان، ترجمة هيئة التحرير في أكاديميا انترناشيونال. – بيروت: أكاديميا انترناشيونال، ٢٠٠٢.

2) Mc Dougal, Sarah. Children With Cancer : Effects and Educational Implications. – U.S.A. : Indiana University, 1997.

كما يظهر العلاج أيضاً نوعاً من العجز الذي يُعرف بالضعف المعرفي cognitive impairment، كانخفاض بمعدلات الذكاء بحوالي من ١٠ إلى ٢٠ نقطة عند اختبارات قدرات التعلم، إضافة إلى مشاكل وصعوبات أخرى تشمل المهارات البصرية الحركية، وضعف الذاكرة وتشتت أو نقص الانتباه والتركيز الذهني.

كذلك من تأثيرات العلاج الإشعاعي المهمة على الجهاز العصبي المركزي على المدى الطويل حدوث العجز في هرمونات النمو، مما قد يؤدي إلى صغر القوام وقصر القامة عن معدلها الطبيعي، ويُعد الأطفال المُعالجون بالعلاج الإشعاعي للجمجمة والعمود الفقري قبل سن الخامسة أكثر عرضة لمخاطر نقص النمو.

**ثانياً: التأثيرات على الإبصار والسمع:**

قد تتأثر القدرة البصرية بعدة طرق نتيجة المعالجات، خصوصا عند وجود الورم بموضع يتلامس مع العيون أو قريبا منها، إذ إن لبعض العقاقير تأثيرات سُمية على العيون وقد تؤدي إلى نشوء تعقيدات مختلفة وإن كانت مؤقتة، مثل تشوش الرؤية وازدواجيتها ونشوء علة الماء الزرقاء glaucoma، كما أن العلاج الإشعاعي الموجه لمنطقة العين قد يسبب علة إعتام عدسة العين أو كدر العين cataracts، إضافة إلى أن الإشعاع حين يُسلط على العظام قرب العينين، قد يسبب ضعفًا وقصوراً بنموها مما يؤدي إلى تشوهات بنمو الوجه قد لا تبدو واضحة في بعض الأحيان.

كما يمكن لبعض معالجات السرطان التسبب في نشوء مشاكل بالقدرات السمعية وفقد لحاسة السمع خلال فترات لاحقة عقب انتهاء المعالجات، فمثلا يمكن للعقاقير الكيماوية التسبب في تلف بالشعيرات الحسية بالأذن الداخلية مما يؤدي إلى حدوث الفقدان الحسي للسمع، بينما يمكن أن تطرأ نفس هذه المضاعفات عند تلقي العلاج الإشعاعي للرأس خصوصا إن كان موجها لجذع الدماغ أو الأذنين، إضافة إلى نشوء الصمم التوصيلي loss hearing conductive الناتج عن تراكم الشمع أو السوائل أو نشوء الالتهابات[١].

---

1) مها أرناؤوط. الآثار المتأخرة لمعالجة سرطان الأطفال، ترجمة الكتيبات الصادرة عن المركز الوطني للسرطان/ الولايات المتحدة الأمريكية. – عمان، الأردن: [د.ن.]، ٢٠٠٥.

## ثالثاً: التأثيرات على النمو[1]:

يُعد انخفاض وتيرة النمو الطبيعي خلال معالجات أورام الطفولة من المشاكل المعتادة، وقد يظهر قدر معين من التأخر عن هذه الوتيرة بشكل يتفاوت من طفل لآخر، وقد تصبح بعض الآثار، مثل قصر القامة، دائمة عند بعض الحالات كنتيجة لتأخر النمو الطبيعي.

ويمكن للعلاج الإشعاعي أن يتسبب في تأثيرات جدّية مباشرة على النمو الطبيعي للعظام والعضلات التي تدخل ضمن حقل الإشعاع، وإضافة إلى إبطاء النمو قد يظهر شيء من عدم التماثل بنمو الأعضاء، ومشاكل بالمفاصل مع ما يتبعها من آلام، ونشوء ما يُعرف بهشاشة وترقق العظام osteoporosis إضافة إلى التأثيرات على الأسنان وتأخر نموها والتي تستلزم عناية خاصة بدورها.

من المضاعفات السابقة والعديد من المضاعفات الأخرى على مختلف أجهزة الجسم لدى الأطفال، يتضح لنا مدى ما يعانيه الأطفال بدايةً من الإصابة إلى ما بعد الانتهاء من العلاج بفترة قد تتجاوز عشر سنوات، وتختلف هذه الآثار من تأثيرات مباشرة على العقل وما يترتب عليه من ضعف في الذاكرة، وعدم تركيز، وضعف في السمع، ومشاكل في القدرة على الإبصار، وخلل في النطق، وتأخر في القراءة والكتابة وعمليات التعلم بوجه عام، ونقص في النمو بشكل طبيعي، مما يكون له أثر سيئ مباشرةً على الحالة النفسية للطفل ويتسبب ذلك في بعض الأمراض النفسية[2]، بينما هناك تأثيرات سيئة على بعض الأجهزة الأخرى كالقلب والهضم والتنفس والتناسلية، مما ينجم عنه للطفل بشكل غير مباشر توتر وإحساس بالقلق والاكتئاب من عدم القدرة على ممارسة الحياة بشكل طبيعي مثل أقرانه الذين هم في عمره.

وفيما تبقى من هذا الفصل نتناول الأمراض النفسية الناجمة عن كل هذه المعاناة من خوف وقلق واكتئاب والتعرف على ماهيتها، وأسبابها، وأنواعها، وأعراضها، وأهمية التدخل للحد منها.

---

1) http://www.adamcs.org/latefect.htm (Cited 23/2/2012.)

2) Dejong, Margaret., et.al. Depression in Pediatric Cancer : An Overview . – New York:, John Wiley & Sons, 2005 . – (Psycho – Oncology; 15) . – PP 553 – 554.

# الخـــــوف: Fear

## تمهيد:

لقد تعددت آراء العلماء في تناولهم لمفهومي الخوف والقلق، فالبعض يرى أنه لا توجد اختلافات واضحة بينهما، بينما أكد البعض الآخر على وجود فروق جوهرية واضحة بين مفهومي الخوف والقلق.

والخوف انفعال فطري عند الإنسان والحيوان، والبشر يرثون استعداداً عاماً للخوف، ولكن البيئة هي التي تعلمنا مما نخاف كأن أساس الخوف فطري بينما مصادر الخوف مكتسبة من البيئة التي يعيش فيها الإنسان، وشأنه شأن العديد من الانفعالات التي تعتبر ضرورة من ضرورات الحياة ليتخذ الفرد أوضاع الدفاع والهجوم والهرب والتجنب والاحتياط أو طلب العون.

لذا يعتبر اضطراب الخوف بأنواعه المختلفة من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً، حيث يصيب حوالي ٨% من البشر، وقد يكون من الأسباب الهامة الخوف من الأمراض ذات العواقب الوخيمة، والخوف من الأسباب الرئيسية للعديد من الأمراض العضوية والنفسية. وللخوف أشكال ثلاثة: الأول خوف مستحب، وهو الخوف من الله تعالى، والثاني هو خوف رد الفعل وناتج عن موقف مخيف حقيقي وملموس، والثالث هو الخوف المرضي من أشياء غير واقعية. والخوف حيلة دفاعية لا شعورية بغرض إبعاد الأذى، إذا كان سبب الأذى واقعياً، بينما هو حالة مرضية إذا كان سبب الخوف غير واقعي، وهذا النوع من الخوف يعوق الشخص عن التقدم ويصيب الشخص بالعديد من العلل الجسدية والنفسية[١].

## تعـريف الخـوف:

عرف الدكتور "فرج عبد القادر طه" وآخرون[٢] الخوف بأنه "وجدان غريزة الهرب باعتباره انفعالاً أولياً نتيجة لمثير خطر ويكون نزوعاً للهرب". ولا يميل التحليل النفسي إلى تعبير "الخوف"، ويفضل استخدام مصطلح "قلق" باعتبار أن تلك

1) Parrish, Margarete. Social Work Perspectives on Human Behaviour . – USA : McGraw-Hill, 2010 . – . P. 39 .

2) فرج عبد القادر طه وآخرون. موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٩. – ص ص ٥١٤ – ٥١٥.

الحالة الوجدانية إشارة إنذار لخطر خارجي قادم، وأن الخوف بغرض السيطرة على الخطر الخارجي، هو مجرد إرهاص باندلاع المرض، وهناك الخوف من التعامل مع الكمبيوتر Computer Phobia، والخوف المرضي، وسوف يدرج مع اضطرابات القلق، وهذا يوضح مدى التداخل بين الخوف والقلق، مما يجعل من الضرورة توضيح الاختلافات بين الخوف والقلق في الأسباب والأعراض ضمن دراسة القلق وأنواعه.

ويرى "محمد شحاتة ربيع"(١) أن الخوف هو استجابة انفعالية تتضمن العديد من المشاعر التي يعانيها الفرد الخائف، وتتضمن هذه المشاعر الشعور بالتهديد أو الخطر والرغبة في الهرب أو الاختفاء. وهو انفعال فطري يتسم بالشدة وينتج عنه سلوك عند الشخص الخائف يتضمن الإثارة والرغبة في الفرار، وعلى هذا الأساس فإن الخوف يحدث بسبب إدراك الكائن الحي ما يتهدده من خطر أو ضرر في البيئة المحيطة به، وقد تكون هذه الأخطار مادية مثل سيارة مسرعة أو الخوف من الإصابة بأحد الأمراض المعدية، أو نفسية وهي ما يهدد شعور الفرد بقيمة الذات كأن يعنفه أحد أو يلومه أو يهينه.

## أسباب الخوف:

تتنوع أسباب الخوف من أسباب موضوعية يتحتم فيها الخوف للتمكن من إبعاد الأذى من خلال الهروب أو التحفز، كمواجهة حيوان مفترس، أو رؤية سيارة مسرعة في اتجاه الشخص الذي يصاب بحالة من الخوف والاستعداد للهروب لإبعاد الخطر القادم، أو قد تكون أسباب مرضية ليس لها علاقة بالواقع، كالخوف من الأماكن المتسعة أو الظلام، أو الأماكن المغلقة، أو الأماكن المرتفعة ولا يمكن توقع الاستجابة للخوف المرضي، لذا من الممكن تعريف استجابة الخوف المرضي كالآتي(٢):

- استجابة غير متناسبة مع الموقف.
- لا يمكن تفسيرها منطقياً.
- لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً.
- تؤدي إلى الهروب وتجنب الموقف المخيف.

---

1) محمد شحاتة ربيع. أصول علم النفس. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ٢٠١٠ . – ص١٥٧.

2) المرجع السابق، ص ص ١٥٧ – ١٥٨.

## أنـواع الخـوف:

ويمكن تقسيم الخوف إلى ثلاثة أنواع[١]:

**١. خوف مستحب:**

وهو الخوف من الله تعالى كما جاء في القرآن الكريم "إنما ذلكم الشيطان يخوف أولياءه فلا تخافوهم وخافون إن كنتم مؤمنين"[٢].

**٢. خوف موضوعي (رد الفعل):**

وهو الذي ينشأ عن مواقف تهدد الإنسان بأخطار حقيقية مثل الخوف من الحيوانات المفترسة.

**٣. خوف غير موضوعي (رهاب):**

وهو الخوف المرضي الذي ينشأ عن مواقف لا تهدد الإنسان بأخطار حقيقية كالخوف من الظلام أو الخوف من الأماكن المغلقة.

## أعراض الخوف:

- سرعة نبضات القلب.
- الشعور بالتوتر.
- جفاف الفم والحلق.
- زيادة التعرق من راحة اليد.
- فقدان الشهية.
- الشعور بالتعب والدوار.
- عدم القدرة على التنفس.

1) http://www.altebalrawhane.com , (Cited 25/2/2012.)

2) سورة آل عمران، آية ١٧٥.

# القـــلق: Anxiety

القلق والتوتر العصبي والجزع والخوف والذعر والرُهاب بأنواعه المختلفة، جميعها تعتبر أوجه مختلفة لما يمكن تسميته بشكل عام بعلل القلق الحاد ( Anxiety Disorder) والتوتر النفسي والعصبي، فالقلق رد فعل طبيعي تجاه السرطان، وقد يُعاني المرء من القلق أثناء إجراء الاختبارات والتحاليل الأولية للسرطان، أو حين ينتظر نتائج الفحوص، عند تلقى نبأ التشخيص وحين البدء بالمعالجات أو عند توقع عودة الورم، وسيجد مرضى السرطان أن مشاعرهم من القلق والتوتر تزيد وتنقص في أوقات مختلفة، فقد يصبح المريض قلقا ومتوترا أكثر حين ينتشر السرطان أو ينتقل إلى موضع آخر، أو حين تصبح المعالجات أكثر كثافة وإجهادا، وبطبيعة الحال تتفاوت وتختلف مستويات القلق من مريض لآخر، ويتمكن معظم المرضى من تخفيض مستويات القلق بالإحاطة بكل المعلومات المتعلقة بالسرطان والمعالجات المزمعة والأحداث المتوقعة أثناءها[1].

لذا يعد القلق أحد الخصائص المضمرة في نفسية الطفل، أو المصاحبة لاضطرابات الشخصية لديه، والذي يمتد في شدته من عدم الشعور بالارتياح حيال المستقبل إلى الشعور بالفزع غير المحدد من شيء ما سيئ قد يحدث، وقد يصل به هذا الشعور أحياناً إلى مرحلة تعوقه عن ممارسة الحياة بصورة عادية، وبذلك قد يتخلل جميع جوانب حياته.

## تعريف القـلق:

يختلف الكثير في تعريف القلق النفسي كعرض مستقل، وقد عرفه "أحمد عكاشة" بأنه "شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصةً زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل سحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو كثرة الحركة"[2].

1) Fainsilber, Lynn., et.al. Pediatric Cancer and The Quality of Children'sDyadic Peer Interactions . – London : Society of Pediadtric Psychology, 2010 . – Journal of Pediatric Psychology . – P. 7.

2) أحمد عكاشة. الطب النفسي المعاصر. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، [١٩٧٣]. – ص١٣٤.

أما "أسماء عبد الله العطية" فقد عرفت القلق بأنه "انفعال غير سار وشعور مكدر بتهديد أو وهم دائم، وعدم الراحة والاستقرار، وهو كذلك أساس التوتر والخوف الدائم الذي لا مبرر له من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق بالخوف من المستقبل والمجهول، كما يتضمن استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطراً حقيقياً، والذي قد لا يخرج في الواقع عن إطار الحياة اليومية، ولكن الفرد القلق يستجيب لها كما لو كانت ضرورات ملحة أو مواقف يصعب مواجهتها[١].

بينما "حامد زهران" يعرف القلق بأنه "حالة توتر شاملة ومستمرة، نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية"[٢].

وقد عرف "طلعت منصور" القلق الذي يمثل اتجاه البحوث الإكلينيكية بأنه "حالة انفعالية دافعية مركبة نستدل عليها من عدد الاستجابات المختلفة، فقد يكون القلق موضوعياً كرد فعل طبيعي لمواقف ضاغطة، أو مرضياً كحالة مستمرة منتشرة غامضة مهددة"[٣].

في حين يعرف "عبد السلام عبد الغفار" القلق بأنه "خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً، وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية"[٤].

ويعرف "عبد المطلب القريطي" القلق بأنه "حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل ائتلافاً أو مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفزع والرعب والانقباض والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما غامض يعجز المرء عن تبينه أو تحديده على نحو موضوعي، وقد يكون مبعث هذا الخطر والتهديد الذي يؤدي بالفرد إلى القلق داخلياً كالصراعات أو الأفكار المؤلمة أو خارجياً كالخشية من شرور مرتقبة ككارثة طبيعية، أو وجود عائق خارجي يؤدي إلى الإحباط[٥].

---

1) أسماء عبدالله العطية. الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال. – الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، 2008. – ص ص 11 – 12.

2) حامد عبد السلام زهران. الصحة النفسية والعلاج النفسي. – ط3. – القاهرة: عالم الكتب، 1997. – ص484.

3) طلعت منصور وآخرون. أسس علم النفس العام. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨١. – ص ٤٥٠.

4) عبد السلام عبد الغفار. مقدمة في الصحة النفسية. – القاهرة: دار النهضة العربية، 1990. – ص119.

5) عبد المطلب القريطي. في الصحة النفسية. – القاهرة: دار الفكر العربي، 1998. – ص121.

أما "علاء الدين كفافي" فيعرف القلق بأنه "خبرة انفعالية غير سارة، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد، وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية"(١).

ويعرف "سبيلبرجر" Spielberger القلق بأنه "ردود أفعال تركز أصلاً على القلق الموضوعي عندما تكون المثيرات أو الإشارات داخلية"(٢).

كما يعرفه "ولبي" Wolpe بأنه "نمط الاستجابة الفردية الأوتومانية للمثيرات والتي تؤدي إلى سلوك التجنب أو الهرب، وتخضع في الغالب للنظام العصبي الأوتوماتيكي، وأن تلك الاستجابات للمثيرات تكون مشروطة وضمن كل الاستجابات المتعلمة سواء التكيفية أو غير التكيفية"(٣).

ومن خلال استعراض التعريفات السابقة للقلق، نرى أنها تتفق على اعتبار القلق حالة انفعالية غير سارة بها مزيج من مشاعر الخوف، والتوتر، والضيق، والانزعاج، يشعر بها الفرد عند التعرض لمثير مهدد غير واضح، أو عندما يكون في موقف صراعي داخلي ولديه أفكار مؤلمة، وعادة يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض الأعراض الجسمية.

### القلق كحالة State Anxiety والقلق كسمة Trait Anxiety:

هناك فرق بين القلق كحالة والقلق كسمة، وقد كان "كاتل" Cattle أول من قدم مفهومي القلق كحالة والقلق كسمة وقام "سبيلبيرجر" Spielberger(٤) بتطوير هذين المفهومين، حيث ميز بينهما بما يلي:

**القلق كحالة State Anxiety:**

رد الفعل للانفعالات أو المشاعر غير السعيدة للضغوط الخاصة.

---

1) علاء الدين كفافي. الصحة النفسية. – القاهرة: هجر للطباعة والنشر والتوزيع، 1990. – ص342.

2) Spielberger, et al. State - Trait Anxiety Inventory for Chtldren . - USA ; STAIC , 1973 . - P56.

3) Wolpe, J. The Practice of Behaviour Therapy . - 4th.ed. . - U.S.A. : Pergamon Press inc. Child and Adolescent Psychiatry, 1990. - P.23 .

4) Spielberger et. al. Understanding Stress & Anxiety . - London : Harper&Row Publishers , 1992 . - P10 .

**القلق كسمة Trait Anxiety:**

الفروق الفردية بين الأفراد في الاستجابات للقلق والتي تبدو في رؤية العالم كشيء مهدد وخطر، وأنها تكرار لحالة القلق لفترة أطول من الزمن.

ويرجع الاختلاف بين الأطفال في القلق كحالة والقلق كسمة إلى إدراك الطفل نفسه للمواقف على أنها مهددة أو خطرة، والذي يتأثر إلى حد كبير بالخبرات السابقة، وقد ميز "سبيلبيرجر" في عام ١٩٧٠ بينهما على أساس أن السمة ثابتة، أما الحالة فهي مؤقتة تبعاً للمواقف وإدراك الفرد لها[١].

هكذا يمثل القلق كحالة على أنه حالة انفعالية موقفية مؤقتة تنشط في مواقف الضغط والشدة التي يدركها الفرد كمواقف مهددة لذاته، وتنخفض أو تختفي هذه الحالة بقدر زوال مصدر التهديد. أما القلق كسمة فيعد من سمات الشخصية فهو استعداد ثابت نسبياً كامن في الفرد نتيجة خبرة متعلمة في مواقف مؤلمة سابقة، ويستثار بمثيرات إما من داخل الفرد أو من خارجه[٢].

كما أشار "سبيلبيرجر" إلى تشابه القلق كحالة والقلق كسمة في جوانب معينة، كالطاقة الحركية والطاقة الكامنة. فيشير القلق كحالة – والذي يشبه الطاقة الحركية – إلى رد فعل واضح وملموس، أو إلى عملية تحدث في زمن معين ومستوى محدد من الشدة، في حين يشير القلق كسمة – والذي يشبه الطاقة الكامنة – إلى إمكانية انطلاقه إذا فجرته قوة كافية، وتتضمن سمة القلق فروقاً بين الناس في الميل إلى الاستجابة لمواقف عصبية ذات درجات مختلفة في حالة القلق، حيث يبدي الأفراد ذوو سمة القلق المرتفعة ارتفاعاً في حالة القلق لديهم وبتكرار أعلى مقارنة بالأفراد من ذوي سمة القلق المنخفضة، وذلك لأنهم يميلون إلى تأويل مدى واسع من المواقف على أنها خطرة ومهددة، فهم يتجهون أيضاً للاستجابة بدرجة مرتفعة من الشدة المتعلقة بحالة القلق في المواقف المدركة على أنها مهددة لهم[٣].

---

1) محمد محمد الشيخ. قياس القلق لدى التلاميذ ومعايير للمقياس بدولة الإمارات. – القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ١٩٨.

2) فيولا الببلاوي. مقياس القلق للأطفال. – القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ١٩٨٧. – ص ص٥ – ٦.

3) Spielberger et. al. Understanding Stress & Anxiety . – London: Harper & Row Publishers , 1992 . – PP 11 – 12 .

## الفرق بين الخوف والقلق وأسبابهما:

لقد تعددت آراء العلماء في تناولهم لمفهومي الخوف والقلق، فالبعض يرى أنه ليس هناك اختلافات واضحة بين المفهومين، بينما أكد البعض الآخر على وجود فروق جوهرية واضحة بين مفهومي الخوف والقلق.

فيرى "أحمد عكاشة" أن هناك فرقاً بين الخوف والقلق اللذين عادةً ما يكونان وحدة ملتصقة من حيث شعور الفرد في الحالتين، فشعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة ناحيته في وسط الطريق تختلف تماماً عن شعوره بالقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبتهم، وكذلك الأعراض الفسيولوجية المصاحبة لكل منهما، ففي الخوف الشديد يظهر انخفاض في ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء في العضلات، أما في القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة الحركة[١].

أما "ب. ب. وولمان" فيرى "أن عمليتي الخوف والقلق على الرغم من أنه يتم استخدامهما بطريقة تبادلية، فإن هناك اختلافاً واضحاً بينهما، حيث يرى أن الخوف يعد استجابة انفعالية إزاء خطر حقيقي (في حالة الخوف العادي)، أو غير حقيقي (في حالة الخوف المرضي)، بينما يكشف القلق عن شعور تشاؤمي عام بهلاك محقق وشيك الوقوع، وعليه يعتبر الخوف استجابة انفعالية وقتية إزاء خطر ما يقوم على أساس تقدير المرء لقوته تقديراً منخفضاً بالقياس إلى قوة الخطر الذي يهدده، بينما العكس في القلق الذي يعد ضعفاً عاماً وشعوراً بعدم الكفاءة والعجز[٢].

كما يستطرد "علاء كفافي" في نفس الاتجاه، فيرى أنه على الرغم من التشابه بين الخوف والقلق فهما استجابتان سلبيتان تنشآن عند تعرض الشخص للخطر، ولكن الفرق بينهما على أساس أن الخوف ينشأ عن موضوع أو مثير محدد ويستطيع الفرد أن يسلك سلوكاً معيناً للتخلص من المثيرات المخيفة أو الابتعاد عنها، بينما القلق ينشأ عن مثير غير محدد، ويجد الفرد صعوبة في تحديد الموضوع الذي يثير قلقه، وعليه فإنه يعجز عن إتيان السلوك المناسب أو الكفء لاستبعاد هذه المثيرات أو تجنبها[٣].

---

1) أحمد عكاشة. الطب النفسي المعاصر. – ط٨. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٩. – ص ٣٨.
2) ب. ب. وولمان. مخاوف الأطفال، ترجمة عبد العزيز القوصي، محمد عبد الظاهر الطيب. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٥. – ص ٣٧.
3) علاء الدين كفافي. الصحة النفسية. – القاهرة: هاجر للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٠. – ص ٣٤٣.

ويمكن إجمال الفروق بين كل من الخوف والقلق في أن مصدر التهديد في حالة الخوف يكون خارجياً، وبالتالي يسهل تحديده، بينما يكون مصدر التهديد في حالة القلق داخلياً (لا شعورياً) يصعب تحديده، وأن استجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال الموضوع المثير لها، بينما تتسم استجابة القلق بالدوام والاستمرارية لارتباطها بمثيرات أقل تحديداً وأكثر غموضاً.

كما يمكن أن نفرق بين هذين الانفعالين لدى الأطفال، بأن الخوف يعتبر رد فعل إزاء تهديد معين، فالطفل الذي يخاف من شيء يدرك مصدر الخوف على أنه أقوى منه، ومن ثم فإن لديه القدرة على إيذائه، ويرتبط شعوره بالخوف إدراكه لنفسه على أنه ضعيف بالقياس لقوة تهدده، ومما يساعد على تخفيف هذا الشعور وجود شخص قوي كالأب أو الأم، وينشأ القلق من إحساس عام بالضعف، ومن هنا يكون عدم القدرة على مجابهة الأخطار، فالطفل المرتعب يشعر أنه لا يستطيع التصدي لخطر بعينه.

أما الطفل القلق Anxious فإنه يقلل دائماً من شأن قدرته على مواجهة الحياة بصفة عامة أو مواجهة معظم المواقف على أقل تقدير، ولا يساعد وجود الأم على القضاء على إحساسه بعدم الارتياح، فالقلق لا يأتي من الخارج، وإنما يأتي من الداخل. ولهذا التمييز دلالة وأهمية خاصة في مجال سيكولوجية الطفل، على أساس أن الطفل الذي يخاف الكلاب قد يكون بخلاف ذلك طفلاً سعيداً نشيطاً ذا شخصية منطلقة منبسطة، فمشكلته محدودة ويستطيع من يحاول مساعدته التغلب على هذه المشكلة وذلك بالاعتماد على إمكانات هذا الطفل[1].

علاوة على هذا فإن عملية النمو والتطور النفسي في حد ذاتها سوف تعمل على زيادة قدراته وطاقاته وإيمانه بنفسه، كما أن ثقته المتزايدة بنفسه قد تساعده في التغلب على مخاوفه. أما بالنسبة للطفل الذي يعاني من القلق فليست هناك مشكلة خارجية، فالمشكلة هي الطفل نفسه وشخصيته ككل، فهو لا يخاف شيئاً بعينه وإنما يخامره إحساس عام بعدم الأمان الذي قد يؤثر تأثيراً ضاراً على سلوكه ككل، مما يسبب إعاقة تؤدي إلى تعرقل تعلمه وصعوبات اجتماعية، ومشكلات متنوعة تنطوي على مخاوف نوعية[2].

1) أسماء عبد الله العطية. الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال. – الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨. – ص ص١٦ – ١٧.
2) ب. ب. ولمان؛ ترجمة عبد العزيز القوصي، محمد عبد الظاهر الطيب. مخاوف الأطفال. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٥. – ص ٣٨.

## أنـواع القـلق

لقد ميز "فرويد" بين ثلاثة أنواع من القلق، وهذه الأنواع الثلاثة للقلق لا تختلف فيما بينها اختلافاً نوعياً، إذ تشترك كلها في أنها غير مريحة ومؤلمة لكنها تختلف من حيث أصل كل منها، وهذه الأنواع هي:

**١. القلق الواقعي (صعوبات التكيف مع الواقع) Adjustment Disorder Anxiety**

ولا يعني واقعي هنا القلق نفسه بل الواقع الذي يشكل الدافع إليه، وهو خبرة عاطفية ناتجة من إدراك خطرٍ ما في العالم الخارجي، وهذا الخطر يهدد الشخص بأذى، مما يرث الفرد ميلاً للخوف من أشياء معينة أو في ظروف معينة.

**٢. القلق العصابي: Neurotic Anxiety**

وهو الذي ينتج من تحت وطأة الدفعات الغريزية، وهذا النوع من القلق يستثار عن طريق إدراك خطر مصدر الغرائز، ويتخذ ثلاثة أشكال، فهناك النوع الهائم الطليق من التوجس الذي يتعلق بموضوع مناسب أو غير مناسب من موضوعات البيئة. ثم النوع الآخر الذي يعرف بأنه حالة من الخوف الشديد غير المعقول، وهو يسمى بالخوف المرضي أو الفوبيا Phobia وأهم ما يميزه هو أن قوته لا تتناسب مطلقاً مع الخطر الحقيقي الذي ينتج من الشيء موضوع الخوف، أما النوع الثالث فهو استجابات الذعر والهلع Near – Panic Reactions وهو صورة متطرفة لرد فعل من طبيعته أن يحدث غالباً في صورة أقل عنفاً، وهذا يلاحظ عندما يعمل شخص ما شيئاً مخالفاً لسلوكه العادي.

**٣. القلق الخلقي: Moral Anxiety**

وهو قلق نتيجة الإحساس بخطر داخلي من جانب الأنا الأعلى، وهو الذي يستثار كأحاسيس إثم أو خجل عند الإنسان عن طريق إدراك خطر مصدر الضمير، فالضمير بصفته الممثل الداخلي لسلطة الوالدين يهدد بعقاب الشخص إذا اقترف أمراً، أو فكر في أمر مخالف للأهداف الكمالية للأنا المثالية التي غرسها الوالدان في الشخصية[1].

---

1) كالفن س. هول، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، سيد أحمد عثمان. علم النفس عند فرويد. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٨. – ص ص٦٩ – ٧٧.

وقد وصف "أنتوني" Anthony (1967) ثُلاثة أنواع شائعة للقلق لدى الأطفال وهي على النحو التالي:

**١. قلق العدوى: Contagious**

وهو تقليد لقلق الكبار ويكتسبه الطفل بالتفاعل مع من يعانون من قلق عصابي من البالغين الذين يتوحد معهم، فيكتسب استجابات القلق من خلال التعلم بالملاحظة والتعزيز.

**٢. قلق الأذى أو الإصابة: Traumatic Anxiety**

هو الذي ينشأ من الأحداث غير المتوقعة التي يشعر الطفل بالعجز في مواجهتها، وتؤثر خطورتها إلى جانب ردود فعل الوالدين لتلك المخاوف على حدة قلق الإصابة.

**٣. قلق الصراع: Conflict Anxiety**

والذي يعد أكثر أنواع القلق صعوبة في التحديد لأن الأحداث السابقة له أقل وضوحاً وينشأ من القوى النفسية المتفاعلة[1].

## أعـراض القـلـق

أشار العديد من علماء علم النفس والمتخصصين في هذا المجال إلى اضطرابات القلق لدى الأطفال والتي أوضحت في مضمونها أنها لا تختلف كثيراً عن اضطرابات القلق لدى الكبار.

وفيما يلي عرض لمسميات هذه الاضطرابات مع التركيز على المخاوف المرضية:

- اضطراب القلق العام — Generalized Anxiety Disorder
- اضطراب قلق الانفصال — Separation Anxiety
- المخاوف الاجتماعية — Social Phobia
- اضطراب الوسواس القهري — Obsessive Compulsive Disorder
- اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن المتسعة — Panic Disorder With Agoraphobia

1) محمد جميل محمد. قراءات في مشكلات الطفولة. – ط٢. – السعودية: دار الكتاب الجامعي، ١٩٨٤. – ص ص٢٨٣ – ٢٨٤.

- اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة — Posttraumatic Stress Disorder
- اضطراب الضغوط الحادة — Acute Stress Disorder
- الصمت الاختياري — Selective Mutism
- سلوك رفض المدرسة — School Refusal Behavior
- المخاوف المرضية — Phobias

وجل هذه الاضطرابات إن لم تكن كلها لها علاقة وطيدة بالإصابة بالسرطان لدى الأطفال، لذا سيتم عرض كل هذه الاضطرابات بإيجاز شديد لبيان مدى تأثرها بالإصابة بالأمراض الخطيرة وبالأخص مرض السرطان لما له من تداعيات حادة على الجسم، والشخصية، وتأثير العلاج على الهرمونات المختلفة للغدد، والتي تؤثر سلباً على الحالة النفسية للطفل المصاب[1].

**أولاً: اضطراب القلق العام:**

ويعرف باضطرابات القلق الزائد Overanxious Disorder لدى الأطفال، ويتعرض فيه الطفل نتيجة الإصابة بالسرطان للعزلة الاجتماعية، والقلق المفرط تجاه المستقبل، والاحتياج لأقصى طمأنينة من المحيطين به، وقد يشعر أنه أقل من الآخرين.

**ثانياً: اضطراب قلق الانفصال:**

فالطفل هنا قلق حول الأذى الذي يقع عليه نتيجة إصابته بالمرض، أو قد يقع على والديه كالموت أو التعرض للحوادث، فيكون في حاجة إلى الالتصاق بهما طوال الوقت خوفاً من الانفصال عنهما، وتظهر عليه بعض الأعراض النفسجسمية كالصداع وألم المعدة.

**ثالثاً: المخــاوف الاجتماعية:**

يعرف سابقاً باسم اضطراب التجنب، ويشعر فيه الطفل بأن الآخرين سوف يرون سلوكه بعد الإصابة بالمرض موضع سخرية، وخاصة لما يتعرض له من متاعب نفسية وجسمية تجعله غير قادر على مزاولة أنشطته بشكل طبيعي، أو قد يخافون منه

---

1) أسماء عبدالله العطية. الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال. - الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨. - ص ص ٢٠ - ٢٧.

خوفاً من العدوى، مما يؤدي إلى تجنب اللعب في مجموعة ورفض المشاركة في الصف أو الذهاب للمدرسة، وتجنب كافة الأنشطة الاجتماعية.

**رابعاً: اضطراب الوسواس القهري:**

يعد أحد اضطرابات القلق، وهو اضطراب في الشخصية، ويتصف ذو اضطراب الوسواس القهري بالنزعة المفرطة نحو الكمال والخلو من النقص والعيب وفعل الشيء كما ينبغي.

**خامساً: اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن المتسعة:**

وهو أكثر شيوعاً لدى الإناث، ويرتبط هذا الاضطراب بالوجود في أماكن متسعة وغير مرغوبة كوجوده بمستشفى أو مدرسة، ولا يجد فيها المساعدة، أو يكون الهرب غير ممكن. ومن أعراضه خفقان القلب، وصعوبة التنفس، والدوخة، والارتجاف، وآلام الصدر، والرغبة الشديدة في الهروب من المكان.

**سادساً: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:**

عبارة عن استجابة فورية أو مؤجلة لحادثة مؤلمة أو كارثة أو الإصابة بمرض خطير، فيشعر الطفل بواقع مظلم، وقلة حظ في المستقبل، ويصاحب ذلك أفكار سيئة وكوابيس، وقد أشارت كل من "ميزا" و"موريس" "Masia"&"Morris"[1] إلى أن هذا الاضطراب قد يحدث لهم بعد الجراحة أو الاستغلال الجسمي والتي يستجيب لها الطفل بالشعور بالخوف الشديد والقلق والبؤس نتيجة لتعرضه للأذى الحاد والذي يثير لديه القلق والعجز.

**سابعاً: اضطراب الضغوط الحادة:**

يحدث هذا الاضطراب لدى الأطفال نتيجة للإصابة بحادث أو إيذاء جسمي أو الإصابة بمرض خطير، والذي من شأنه أن يثير خوفاً وقلقاً شديداً وعجزاً ورعباً لدى الطفل المصاب، وأعراض هذا الاضطراب يدوم ما بين يومين إلى أربعة أسابيع منذ وقوع الصدمة.

---

1 ) Masia & Morris . Anxiety Disorders in Children and Adolescent Clinical Presentation . – U.S.A. : Anxiety Disorders Association of America, 1998 . – PP 3 – 6.

**ثامناً: الصمت الاختياري:**

يعرف "جابر عبد الحميد" و"علاء كفافي"[١] الصمت الانتقائي كما يطلقان عليه بأنه اضطراب نادر يحدث في مرحلة الطفولة، ويتسم بالرفض المستمر للحديث في معظم المواقف الاجتماعية على الرغم من قدرة الطفل على الكلام وفهم اللغة دون حدوث أي من الاضطرابات الجسمية أو العقلية الأخرى، وقد يصاب الطفل المريض نتيجة لتعرضه للأذى الجسمي من المرض والعلاج بالحقن أو الجراحة بحالة من الصمت وعدم الرغبة المطلقة في التحدث مع أي شخص عدا أقرب الناس إليه مثل الوالدة أو الوالد، بل أحياناً يمتد إلى عدم الرغبة في الحديث معهما نتيجة اعتقاده أنهما مسئولان عن معاناته من المرض والعلاج.

**تاسعاً: سلوك رفض المدرسة:**

على الرغم من عدم وجود فئة تشخيصية لهذا الاضطراب، فهو يعد كأحد اضطرابات القلق لدى الأطفال ومصاحب للعديد من الاضطرابات، وقد يتسبب إصابة الطفل بمرض خطير كالسرطان، رفضه للعودة إلى المدرسة، وخاصةً أن العلاج يتسبب في فترة انقطاع طويلة عن المدرسة، وقد يشعر الطفل بالخجل من الإصابة بالسرطان (وصمة السرطان)، وقد يؤثر ذلك على علاقاته برفاقه في المدرسة ومعلميه.

**عاشراً: المخاوف المرضية:**

تعد المخاوف المرضية من بين أكثر الأعراض العصابية شيوعاً، وتعرف بأنها خوف مبالغ فيه يصل إلى حد الرعب من موضوع معين لا يمثل في حد ذاته مصدراً للخوف، وتختلف المخاوف المرضية عن الخوف العادي الذي هو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية، ويسمى هذا الاضطراب بالرهاب أو الفوبيا والتي تعني الخوف الشديد.

كما يؤدي القلق وظائف مفيدة في الظروف السوية بوصفه نذير خطر ينشط الكائن الحي، فهو بمثابة إنذار مبكر من الناحية النفسية. فقد يمثل القلق عنصراً مشتركاً في أغلب الاضطرابات النفسية، فهو المؤشر لوجود صراع يهدد الذات، وهو الذي ينبه الأنا وينذره فيجمع ما لديه من حيل دفاعية لتخفيف حدة القلق[٢].

1) جابر عبد الحميد، علاء كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي (انجليزي – عربي). – القاهرة: دار النهضة العربية، 1990. – ج1، ص ص1098 – 1099.

2) ريتشارد، م. سوين، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة. علم الأمراض النفسية والعقلية. – الكويت: مكتبة الفلاح، 1988. – ص322.

لذا تبدو الصورة المميزة لأعراض القلق لدى الأطفال في الآتي:

كثرة الحركة وعدم الاستقرار وتشتت الانتباه وسرعة التقلب المزاجي وعدم المثابرة، مما يؤدي إلى ضعف القدرات الدراسية ويؤثر على السلوك مع الزملاء والمدرسين بالمدرسة، وبعض الاضطرابات الفسيولوجية كاضطراب النوم فيجد الطفل صعوبة في بداية النوم، والنوم واليقظة في وسط الليل من الأحلام المزعجة، رفض الطعام أو تناوله بسرعة مما يترتب عليه اضطراب في الهضم، الإحساس المستديم بعدم الأمان، استثارة شعور الخوف لدى الطفل القلق بسهولة وبذلك يكون فريسة سهلة للمرض والتكدر[١]، المخاوف غير الواقعية، نقص الثقة بالنفس، الخوف من المواقف الجديدة، مما يؤدي إلى اضطرابات سلوكية كقضم الأظافر ومص الأصابع والتبول اللاإرادي[٢] ، كذلك من الأعراض نوبات هلع وخوف من الأماكن المتسعة، ومن الأذى الجسمي، وكثيراً ما يبدو على الطفل القلق أعراض الاكتئاب. وقد أظهرت دراسة "ستراس" وآخرين Strauss et. al.[٣] والتي تناول من خلالها العلاقة بين القلق والاكتئاب أن 21% من الأطفال القلقين أظهروا اكتئاباً واضحاً، كما أثبتت دراسة "أوليندك" وآخرين Ollendick et. al.[٤] والتي تناولوا من خلالها العلاقة بين الخوف والقلق والاكتئاب لدى الأطفال، أن هناك علاقة بين الخوف والقلق، وبين القلق والاكتئاب لدى الأطفال.

كما يرتبط باضطرابات القلق أعراض معرفية كالإدراك السيئ والمتمثل في الذاكرة المشوشة، وصعوبة التركيز والانتباه، والخوف من الأذى الجسمي والموت، ويظهر لديهم توقع الكوارث واللوم القاسي للذات والآخرين[٥].

1) عبد الرحمن سليمان. دراسة مقارنة لأثر أسلوبي التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، كلية التربية، 1988. – ص 16.

2) أحمد عبد الخالق، مايسة النيال. القلق لدى مجموعات عمرية مختلفة من الأطفال، المؤتمر الدولي للطفولة في الإسلام، (9 – 11 اكتوبر) جامعة الأزهر، 1990. – ص 24.

3) Strauss, C. et. al. Association Between Anxiety and Depression in Children and Adolescent with Anxiety Disorders. Journals of Abnormal Child Psychology, 16, 1, PP 57 – 68.

4) Ollendick, T.H. et. al. Fears in British Children and Their Relationship to Manifest Anxiety and Depression. Joural of Child Psychology and Psychiatry, 32, 2, PP 321 – 331.

5) محمود السيد عبد الرحمن، معتز سيد عبد الله. الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم. دراسات نفسية، ع3، مج4. – ص ص415 – 449.

# الاكتئـــاب لدى مرضى السرطان Depressive

ثمة العديد من المفاهيم والأفكار الخاطئة المتداولة حول السرطان والشائعة بين الكثير من الناس، مثل مفهوم أن جميع مرضى السرطان محبطون ومكتئبون، أو أن الاكتئاب عند مريض السرطان أمر حتمي وعادي، أو أنه لا يمكن معالجة الاكتئاب، والحقيقة أنه لا يُعاني كل شخص أصيب بالسرطان من الاكتئاب، وخصوصا بالمستويات الخطرة التي قد تقود إلى الانهيار العصبي.

## تعـريف الاكتئـاب:

عرف الدكتور "فرج عبد القادر طه"[1] الاكتئاب بأنه "حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث يتميز بالحزن الشديد، واليأس من الحياة، وكثيراً ما تصاحب حالات الاكتئاب هذاءات وهلاوس تسندها وتدعمها"، وحالات الاكتئاب لا تصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير، ولا ينتج عنها تدهور عقلي، كما أن نسبة الشفاء منها أعلى من غيرها من الأمراض النفسية الأخرى.

كما عرف الدكتور "عبد المعطي" الاكتئاب بأنه "حالة كآبة في النفس وانخفاض في المزاج، وفقدان التلذذ بالحياة، وصعوبة في التفكير، وكساد في القوى الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي، وأفكار ترتبط بانعدام القيمة واتهام الذات، تنتج عن ظروف محزنة أليمة وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لذلك"[2].

## الاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان:

يعاني العديد من الأطفال المصابين بالسرطان من مشاكل نفسية مختلفة، مثل الاكتئاب والقلق الحاد واختلال النوم، و ظهور مشاكل متعددة في علاقاتهم بالآخرين،

---

1) فرج عبد القادر طه. موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٩. – ص ص١٨٧ – ١٨٨.

2) حسن مصطفى عبد المعطي. المقاييس النفسية المقننة. – القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، 2009. – (في الصحة النفسية؛ 8)، ص ص 17 – 18.

وفقد التعاون أثناء الدورات العلاجية، مما يستدعي ضرورة معالجتهم لدى طبيب نفسي مختص بحالات سرطان الطفولة.

وتظهر أكثر أعراض الاكتئاب لدى الأطفال الذين يعانون من التأثيرات الحادة والمتأخرة للسرطان، إذ عادة يظهر القلق الرهابي عند الأطفال الصغار، بينما يظهر الاكتئاب غالبا عند الأكبر سنا، وبالنسبة للأطفال الناجين من السرطان فغالبا ما يتكيفون بنجاح مع السرطان ومعالجاته، وبطبيعة الحال ثمة مشاكل في التكيف والتأقلم تظهر لدى نسبة قليلة منهم[1].

## أسباب الاكتئاب

لا تحدث حالة الاكتئاب لسبب واحد بل لعديد من الأسباب أو العوامل وهي:

**العوامل الممهدة:**

وهي العوامل الوراثية، ومدى الاستعداد الوراثي للإصابة، وقد يكون أحياناً من الصعوبة الفصل بين ما هو وراثي وما هو بيئي، فليست الوراثة قوة مستقلة عن البيئة بل هما قوتان كوجهين لعملة واحدة.

**العوامل المعززة:**

وهي العوامل التي تحيط بالفرد بعد فترة الطفولة فتدعم الآثار السيئة التي خلفتها فترة الطفولة، وهي عوامل مصدرها الأسرة والمدرسة والصحافة والإذاعة والتلفاز، ومن العوامل المعززة الصبر على ظلم أو اضطهاد والخلافات العائلية.

**العوامل المعجلة:**

وهي العوامل التي يندلع في أثرها الاضطراب النفسي أو العقلي، أو هي القشة التي قسمت ظهر البعير، والعوامل المعجلة لها أمثلة عديدة منها الإصابة بمرض خطير، أو خسارة مالية، أو فقدان عزيز، أو فشل في أي من أمور الحياة.

---

1) عبد الستار إبراهيم. الاكتئاب والكدر النفسي: فهمه وأساليب علاجه منظور معرفي – نفسي. – ط٢. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٨. – (سلسلة الممارس النفسي، ٣). – ص ص ١١٩ – ١٢٤.

وخلاصة القول أن هذه العوامل الثلاثة الممهدة والمعززة والمعجلة هي عوامل تتضافر جميعاً على الفرد بحيث تصل به إلى نقطة الانهيار، وهي جميعاً متداخلة إلى حد كبير بحيث يصعب أن نقرر أي منها هو السبب الرئيسي للاكتئاب أو الاضطراب النفسي أو العقلي، ولكن الذي نستطيع أن نقرره أنها جميعاً سبب هذا الاعتلال(١).

## أنـواع الاكتئـاب(٢):

وهناك عدة أنواع من الاكتئاب وهي:

١. **الاكتئـاب التفاعلي: Reactive Depression**

يستجيب الفرد فيها لحالة من الحزن واليأس لظرف بيئي يدعوه للاكتئاب، وكأن الاكتئاب استجابة أو رد فعل لهذا الظرف، وبزوال الظرف تزول حالة الاكتئاب.

ويُعد الاكتئاب التفاعلي أو المتفاعل (reactive depression) من أكثر أنواع الاكتئاب شيوعا لدى مرضى السرطان، ويتميز بتقلبات المزاج والنكد وعدم القدرة على إنجاز النشاطات المعتادة. وتستمر أعراضه لفترات أطول وتظهر بوضوح أكثر من ردود الفعل العادية والمتوقعة، إضافة إلى أنه لا يرقى إلى مستوى حالات الاكتئاب الحاد. وحين يؤثر على الحياة اليومية للمريض، مثل العمل أو المدرسة أو الشؤون البيئية، أو يتداخل مع البرامج العلاجية، ينبغي معالجته كما لو كان من النمط الحاد.

٢. **الاكتئـاب التكافلي: Anaclitic Depression**

وهو حالة من الاكتئاب تصيب الرضع نتيجة الحرمان من الأم أو الأم البديلة وتصيب الرضيع بحالة من جمود التعبيرات، وفقدان الوزن، وتأخر النمو، وتوقف البكاء والبلادة، وتزول هذه الأعراض بسرعة إذا عادت الأم أو توفرت الأم البديلة التي يقبلها الرضيع.

---

1) Bennett, Davids. Depression Among Children With Chronic Medical Problems : Ameta – Analysis . – Wales, UK : Cardiff University, 1993 . – Journal of Pediatric Psechology, Vol. 19, No. 2 . – P. 151.

2) أحمد عكاشة. الطب النفسي المعاصر. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 1998. –ص ص ٤١١ – ٤١٧.

**٣. الاكتئاب الذهـــاني: Psychotic Depression**

وهو اكتئاب مصحوب بأعراض ذهانية كالهلاوس، وعدم الاستبصار، والإحساس بالعظمة والاضطهاد.

**٤. الاكتئاب العصابي: Neurotic Depression**

يطلق عليه أحياناً الاستجابة الاكتئابية Depressive Reaction، وتسيطر على مريض الاكتئاب العصابي حالة من الهم والحزن والانصراف عن الاستمتاع بمباهج الدنيا والرغبة في التخلص من الحياة، مع هبوط النشاط ونقص الحماس للعمل والإنتاج، ويصاحب كل ذلك أرق واضطراب في نوم المريض.

والاكتئاب العصابي يصيب الشخص بعد تعرضه لموقف يستدعى الحزن كفقده لشخص أو شيء عزيز، إلا أن الحزن الناتج لا تخف حدته أو تزول بمرور الوقت كما يحدث للأشخاص الأسوياء، لكن يظل في شدته مع مرور الزمن، بل قد يتزايد. والاكتئاب العصابي لا يصاحبه هذاءات أو هلاوس.

## أعـــراض الاكتئـــاب

يؤكد الدكتور "محمد شحاتة ربيع"[1] أن الاكتئاب مرض وجداني ذهاني تنتاب فيه المريض حالات من الاكتئاب دون سبب ظاهر، ومن أهم أعراضه:

**أولاً: أعراض اكتئابية:**

يستيقظ المريض من النوم في حالة حزن شديدة، وتخف حدة هذا الحزن في وسط النهار.

**ثانياً: أعراض سيكولوجية:**

أثر الوظائف العقلية من ضعف الانتباه، وضعف القدرة على التركيز، تأنيب الضمير، توهم الإصابة بالأمراض، ويشعر المريض أنه قد تغير وفقد إحساسه بمباهج الحياة، كما يشعر أن العالم قد تغير من حوله للأسوأ.

---

1) محمد شحاتة ربيع. أصول علم النفس. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ٢٠١٠. – ص ص٤٨٣ – ٤٨٤.

### ثالثاً: أعراض فسيولوجية:

ومن أهمها اضطراب النوم، فهو يشعر بالأرق والنوم لأوقات قصيرة، فقدان الشهية، فقد الرغبة الجنسية، ويذكر بعض الأطباء أن مثلث الاكتئاب ثلاثة أضلاع هي: النوم والطعام والجنس.

### رابعاً: أعراض سلوكية:

الحزن والكآبة، قلة القدرة على العمل، بل رفض الذهاب للعمل أحياناً، إهمال البيت والأسرة وواجباته تجاههم، وقد تبلغ هذه الأعراض قمتها بالانتحار، ويذكر الأستاذ الدكتور "أحمد عكاشة" وهو خبير عالمي في الطب النفسي أنه من ٥٠% إلى ٧٠% من حالات الانتحار هي حالات اكتئاب لم يعالج.

ويجدر التمييز هنا بين الاكتئاب والحزن بأن الاكتئاب هو حزن غير مبرر ولا يعرف المريض سببه، أما الحزن فهو انفعال معروف السبب، فمن الطبيعي أن نحزن إذا فقدنا شخصاً عزيزاً علينا.

وتشمل علامات الاكتئاب عند الأطفال بسن المدرسة الأعراض التالية:

عدم الأكل – همود النشاط أو نشاط مفرط – المظهر الحزين – العدوانية – البكاء – الخوف من الموت – الإحباط – الشعور الدائم بالحزن أو اليأس – النقد الذاتي – الانشداه وأحلام اليقظة بشكل متكرر – نظرة ذاتية متدنية – رفض المدرسة – مشاكل بالتعلم – بطء الحركة – مظاهر الغضب تجاه الوالدين أو المدرسين – وفقد الاهتمام بنشاطات كانت مرغوبة سابقا، ونشير إلى أن بعض هذه العلامات قد تظهر كتفاعل مع مراحل التطور والنمو العادية عند الأطفال، لذلك ينبغي تحديد أي منها ذو علاقة بالاكتئاب(1).

## معالجة الخوف والقلق والاكتئاب لدى الأطفال

من المعتاد استخدام العلاج التشاوري، سواء الفردي أو الجماعي كخط علاج أوليّ للطفل المصاب بالاكتئاب، وهو يستهدف مساعدة الطفل ليتغلب على المصاعب

1) أحمد عكاشة. الطب النفسي المعاصر. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٩٨. – ص ص ٤٣٠ – ٤٤٣.

التي تواجهه، لينمو ويتطور بأفضل طريقة ممكنة، كما قد يستخدم العلاج باللعب كوسيلة لاستكشاف نظرة الطفل تجاه نفسه وتجاه المرض والعلاجات، وأيضاً استخدام العلاج بالقراءة، والرسم، والموسيقى، وكلها أنواع متعددة للعلاج الموازي.

كذلك يصعب في كثير من الأحوال التمييز بين المخاوف العادية المقترنة بالسرطان، والمخاوف الحادة والشديدة على نحو متطرف، والتي يمكن تصنيفها ضمن علل القلق الحاد، وتعتمد المعالجة على مدى تأثير هذا القلق على نشاطات الحياة اليومية للمريض وتداخله مع الخطط العلاجية[1].

وبمعالجة المسبب الأساسي يتم عادة ضبط القلق الحاد الناتج عن الألم، أو وضع صحي آخر، أو نوع معين من الأورام، أو التأثيرات الجانبية للعقاقير المستخدمة في معالجة السرطان. وتكون المعالجة بداية، وبصفة عامة، بتزويد المريض بكل المعلومات الوافية المتعلقة بالسرطان، وخيارات المعالجات حتى يتمكن من الفهم التام والرؤية الواضحة للمرض، ولا يتأثر بالمعلومات غير الصحيحة طبيا، ثم تقديم الدعم والمساندة المعنوية، والإفادة من المصادر الطبية المتوفرة، والهيئات الدينية والاجتماعية الداعمة، إضافة إلى إيجاد الأساليب الملائمة لكل مريض لإثارة همته، ورفع مقدرته الذاتية على التعامل مع مرضه، مثل حثه على النظر للمرض من زاوية أنه مشكلة يتوجب حلها مثلا، أو من زاوية الصبر والشكر، ومدى الأجر والثواب عند المرض.

كما أنه من خيارات المعالجة أيضا إجراء العلاج النفسي المختص، والعلاج الجماعي بالانضمام إلى مجموعة من المرضى الآخرين، والتحاور الجماعي لنفي العزلة، وتبادل الخبرات والآراء، وكذلك العلاج العائلي باستخدام الروابط العائلية لدعم المريض، أو تمارين الاسترخاء التي تتضمن التخيل الموجه (بالتركيز على صور متخيلة ذهنيا للمساعدة على تخفيف الضغط النفسي).

بينما من جهة أخرى ثمة بعض الأدوية الخاصة والمستخدمة في معالجة القلق الحاد، وينبغي أن لا يتجنب المريض تعاطي مثل هذه الأدوية مخافة الإدمان عليها، لأنه وبطبيعة الحال سيقوم الفريق المعالج بوصف المقدار الكافي منها لتخفيف وتسكين الأعراض، ويخفض جرعاتها أو يوقفها وفقاً لمقتضيات الحال.

1) عبد الستار إبراهيم. الاكتئاب والكدر النفسي: فهمه وأساليب علاجه منظور معرفي – نفسي. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٨. – ص ص ١٥٧ – ١٨٢.

وهكذا يتبين بنهاية هذا الفصل عن سرطان الطفولة والآثار النفسية المترتبة عليه، مدى المعاناة التي يعانيها هؤلاء الأطفال من الآلام العضوية من أثر السرطان، والآلام النفسية التي يصابون بها نتيجة الإصابة بهذا المرض، والذي يعتبره البعض أنه وصمة تلتصق بالشخص المصاب به، فالسرطان للطفل يعني الكثير، فهو يعني مرضاً مهدداً للحياة، فالطفل يشعر بأن حياته في خطر، وأنه سيموت بسبب المرض، ويمكن أن يعني الابتعاد المستمر عن الأسرة، كذلك يمكن أن يعني له حرمانه من سيطرته على نظام حياته أو خصوصيته، أيضاً حرمانه من علاقاته الاجتماعية المختلفة، وقد يعني الاعتماد الكبير على الآخرين وبالذات الأم[١]. ونتيجة لكل ما سبق قد يظل الطفل يعاني من الخوف والقلق والتوتر الدائم مما يؤدي به إلى حالة من الاكتئاب، وكل هذه التوترات تستلزم العديد من وسائل العلاج الموازية كالعلاج بالقراءة الموجهة، والتي تقلل من هذه المشاعر المفعمة بالتوتر، لدعم جهازه المناعي، والذي بدوره يساعد على تقبل المرض والعلاج، واستعادة دوره الاجتماعي بين المحيطين به، وسرعة استجابة الجسم للعلاج ليسير في الطريق الإيجابي نحو الشفاء[٢].

---

1) Van, Dongen . Psychosocial Aspects of Childhood Cancer : Review of Literature, Journal of Psychology and Psychiatry, 37 . – P.P. 145 – 180 .

2) خولة أحمد يحى، أحمد يحى عبد الله. التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان. مرجع سابق. ص ١٦٠.

# الفصل الرابع

# إجراءات التجربة العملية

- تمهيد
- إجراءات التجربة
  - الخطوات السابقة على تطبيق التجربة
  - إجراءات الحصول على العينة
  - حدود تطبيق التجربة وأدواتها
  - خطوات التطبيق
- تحليل البيانات وتقييمها

# تمهيـــد

لا يتعين على الأطفال المرضى بالسرطان أن يعانوا من الآلام، فالمعارف المتاحة حالياً توفر العديد من الأساليب التي يمكن تنفيذها في البلدان النامية والمتقدمة على السواء لتخفيف آلام السرطان والأساليب المختلفة لعلاجه وكذلك التوترات النفسية الناجمة عن ذلك.

فمعالجة الآلام يجب أن تبدأ بمجرد تشخيص حالة الطفل وأن تستمر طالما بقي المرض، وكما أن العقاقير المختلفة والجراحات المتعددة قد تكون علاجاً مناسباً لتخفيف حدة الآلام، فالأساليب النفسية والاجتماعية الداعمة والملائمة تعتبر في أهمية العقاقير والجراحات لعلاج الآلام النفسية الناجمة عن السرطان وعلاجه(١).

ويتم هنا التعرض لتطبيق تجربة العلاج بالقراءة الموجهة لأطفال مرضى السرطان بمستشفى سرطان الأطفال ٥٧٣٥٧، فالقراءة وسيلة من وسائل العلاج النفسي وتخفيف حدة التوتر والقلق والاكتئاب لدى الأطفال، وخاصة إذا كانت نوعية الكتب المختارة تخاطب نفسية هؤلاء الأطفال وفي الموضوعات التي تشغلهم وتقدم لهم الحلول المرضية بغرض التحكم في الهواجس التي تقودهم لأمراض نفسية قد تؤثر عليهم وعلى تصرفاتهم وعلاقاتهم الشخصية في حياتهم فيما بعد.

# إجراءات التجربة العملية

**تمهيــد:**

المنهج التجريبي يستخدمه الإنسان منذ القدم، فمنذ أن خلق الله الخلق كانوا يقومون بكثير من التجارب لمعرفة الطبيعة والأرض التي يعيشون فيها.

1) قاسم بدرانة. دليل العلاج التلطيفي. – عرابة البطوف، [فلسطين]: جمعية التاج للصحة والتراث، ٢٠٠٨. – ص٦٠.

ويقوم البحث التجريبي أساساً على أسلوب التجربة العملية التي تكشف عن العلاقات السببية بين المتغيرات المختلفة والتي تتفاعل مع القوى التي تؤثر في الموقف التجريبي، وهو يستخدم التجربة لاختبار فرض معين يقرر علاقة بين عاملين أو متغيرين، وذلك عن طريق الدراسة للمواقف المتقابلة التي ضبطت كل المتغيرات ما عدا المتغير الذي يهتم المعالج بدراسة تأثيره.

كما يتميز البحث التجريبي بصدق النتائج حيث اعتمادها على التجربة، فهو عملية منظمة ومنطقية للسعي وراء الحقيقة، ويخضع لمنهج موضوعي حتى وإن كانت النتائج تتعارض مع رغبة القائم على التجربة، ورغماً عن سهولة تطبيق المنهج التجريبي في المجالات العلمية المختلفة، فإننا نجد صعوبة في استخدام هذا المنهج بالنسبة للظواهر الاجتماعية والإنسانية نظراً لارتباطها بالنفس البشرية وما بينهم من فروق فردية، فما بالنا إذا كنا نتعامل مع أطفال على اختلاف طبائعهم، بل إن الطفل الواحد قد تختلف طبيعته وفقاً للمواقف التي يواجهها والظروف التي يتعايش معها. هذا بالنسبة للطفل العادي، والموقف أكثر تعقيداً إذا كنا نتعامل مع أطفال يعانون من مشاكل نفسية نظراً لطبيعة المرض الذي يعانون منه وكذلك العلاج وما يستتبعه من تغيير الحالة المزاجية لهم[١].

وقد عرف "عبد الرحمن بدوي" المنهج التجريبي بأنه "هو المنهج المستخدم حين نبدأ من وقائع خارجة عن العقل، سواء كانت خارجة عن النفس إطلاقاً، أم باطنة فيها كذلك كما في حالة الاستبطان، لكي نصف هذه الظواهر الخارجة عن العقل ونفسرها. وفي تفسيرنا لها نحن نهيب بالتجربة باستمرار، ولا نعتمد على مبادئ الفكر وقواعد المنطق الصورية وحدها"[٢].

## الخطوات السابقة على تطبيق التجربة

١. نظراً لصعوبة التطبيق مع طبيعة الأطفال المرضى والذين يعانون من العديد من المشاكل الصحية والنفسية، لذا كان ينبغي بذل مجهود كبير في تصميم التجربة وتنفيذها، ووضع معايير وضوابط لضمان أكبر قدر من الحيادية والموضوعية فيما

1) شعبان عبد العزيز خليفة. محاورات في مناهج البحث في علم المكتبات والمعلومات. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، ١٩٩٨. – ص ١٣٧.

2) عبد الرحمن بدوي. مناهج البحث العلمي. – ط٣. – الكويت: وكالة المطبوعات، ١٩٧٧. – ص ١٢٨.

يمكن أن تسفر عنه النتائج، وقبل ذلك كله مد خطوط الألفة والود بين المعالج وكل حالة على حدة ممن يمثلون مجتمع الدراسة على اختلاف مستوياتهم العقلية والنفسية والاجتماعية.

٢. ولارتباط موضوع العلاج بالقراءة ببعض المجالات الأخرى التي ينبغي على المعالج بالقراءة أن يكون ملماً بها رغماً عن إنها ليست بالتخصص الأساسي نظراً لتعدد المجالات المطلوبة للقائم على العلاج بالقراءة فإنها فرضت عليه حتمية التعمق في دراسة الأسس العريضة لهذه المجالات وهي أورام الأطفال، والطب النفسي، وعلم النفس، والخدمة الاجتماعية، ومن ثم فقد سعي المعالج لتحقيق بعض هذا التعمق من خلال:

أ) الاطلاع على بعض أدبيات الأساس في المجالات سالفة الذكر ومنها خاصة التي تضع أرضية واضحة ورؤية متماسكة وإلماماً واعياً لمن يستجد على هذه المجالات وذلك بتوجيه من المتخصصين.

ب) التعايش اليومي مع حالات الدراسة من خلال الزيارات المنتظمة بغرف المرضى لعدة أيام تسبق بداية إجراء التجربة، وكذلك تحري التواجد بغرفة الألعاب الترويحية والدخول معهم في مناقشات فردية وجماعية، وذلك بغرض وصول المعالج لقدر كبير من الألفة وكسر حدة التوتر لدى الأطفال مما يترتب عليه زيادة التفاعل بين المعالج والأطفال المرضى موضوع الدراسة.

ج) الاستعانة بالأطباء المعالجين والهيئة التمريضية، وكذلك فريق الخدمة الاجتماعية والنفسية للتعرف على أساليب وأوقات العلاج لكل حالة على حدة، وما يترتب عليه من تغيرات نفسية وفسيولوجية مما يؤثر على تفاعل الطفل مع القائم على العلاج بالقراءة أثناء خطوات إجراء التجربة.

د) وأخيراً تصميم التجربة بالتعاون مع فريق الخدمة الاجتماعية والنفسية، واستشارة الأطباء المعالجين للحالات الخاضعة للدراسة.

## إجراءات الحصول على العينة

تمشياً مع ما أكدت عليه "إلزر"[١] Elser من أهمية بل ووجوب تحديد تشخيص واضح قدر الإمكان لمن سيوجه لهم برنامج العلاج بالقراءة حيث يعد ذلك بمثابة جزء

1) Elser,Helen. Bibliography in Practice . – Library Trends, 1982 . – Vol.II, No.2, P. 684.

حيوي ومؤثر في إجراء التجربة والنتائج التي يتم التوصل إليها، فقد تم تحديد سمات أفراد العينة التي ستجرى عليها التجربة على النحو التالي:

عينة غير عشوائية حصصية يتم اختيارها من قوائم المرضى بمختلف الأدوار في أيام مختلفة، ويشترط أن تكون للحالات التي تجرى عليها الدراسة معايير محددة Eligibility Criteria – قوامها 60 طفلاً من مرضى السرطان على اختلاف أنواعه تضم مختلف الفئات العمرية من 7 إلى 18 سنة من الجنسين من المصابين بحالات اكتئاب وقلق، ويتم تحديد ذلك مسبقاً بمساعدة فريق الخدمة الاجتماعية والنفسية على أن تكون جميع الحالات قد بدأت العلاج داخل المستشفى وليس بينهم حالات علاج اليوم الواحد Day Care.

ومع الحرص على أن يكون هناك حد أدنى لمستوى الأعمار بما يسمح للطفل بالقراءة بداية من المستوى التعليمي الابتدائي حتى نهاية المرحلة الثانوية فقد روعي أن تكون أعمار الحالات من 7 إلى 18 سنة على أن يتم تقسيمهم إلى مجموعتين: الأولى من 7 إلى أقل من 13 سنة لتضم مرحلة التعليم الابتدائي، والثانية من 13 إلى 18 سنة لتضم مرحلتي التعليم الإعدادي والثانوي، وقد روعي في هذا التقسيم اختلاف المستوى العقلي وبالتالي اختلاف مستوى القصص المختارة.

## حدود تطبيق التجربة وأدواتها

### أولاً: بالنسبة لحدود تطبيق التجربة فقد كانت على النحو التالي:

**١. الحدود المكانية:**

تم تطبيق التجربة داخل مكان واحد وهو مستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357 موضوع التطبيق لضمان خضوع جميع الأطفال لنفس محكات الرعاية والعلاج، وقد كان في مخطط المعالج أن يكون مكان القراءة داخل المستشفى هو المكتبة لتوحيد الجو النفسي للمرضى أثناء القراءة، إلا أن الظروف الصحية المختلفة لهم جعلت القائم على العلاج بالقراءة يحرص على أن يتم العلاج بالقراءة بغرفهم التي يتناولون علاجهم فيها ويقيمون بها، وذلك لصعوبة الحالة الصحية لهم بعد بداية تناول العلاج الكيميائي، حيث المخاوف من انخفاض مستوى المناعة والتعرض للعدوى بالمخالطة أثناء تواجدهم بالمكتبة أو في أي من الأمكنة خارج

الغرف المخصصة لهم، كذلك لتحقيق القدر الأكبر من هدف التجربة وهو القراءة كلما أمكن ذلك، بغرض تخفيف حدة التوتر والقلق، وقضاء فترات العلاج دون الشعور بمعاناة الأعراض الجانبية المصاحبة والناجمة عن تناول جرعات الكيماوي من دوار ورغبة في القيء وارتفاع حدة التوتر العصبي، وبعض أعراض نقص المناعة[1].

**٢. الحدود الزمنية:**

تمثلت الفترة الزمنية لإجراء التجربة مع جميع حالات الدراسة والتي بلغت ستين حالة، مدة خمسة شهور، بدأت مع نهايات شهر مايو وانتهت مع نهايات شهر أكتوبر من عام 2011، وهي الفترة التي تطلبها تطبيق التجربة على أفراد العينة من دراسة حالة اجتماعية ودراسة حالة نفسية، وقياسات قلق واكتئاب قبلية ثم البدء في متابعة عملية القراءة يومياً أو كلما أمكن ذلك، ويتبع ذلك إجراء القياسات البعدية لعقد المقارنات ورصد الاستجابات وتحليلها من أجل الخروج بالنتائج، وتختلف مدة المتابعة من حالة إلى أخرى وفقاً للظروف المرضية والنفسية، وتتراوح هذه الفترات لكل حالة من سبعة أيام في الحالات الطبيعية إلى ثلاثين يوماً أو أكثر في الحالات الصحية والنفسية المتدنية والتي ينبغي المتابعة فيها المتابعة على فترات متباعدة إلى أن تستقر حالته وترتفع مناعته لمستوى مقبول، مع مراعاة أن المتابعة من ثلاث إلى أربع حالات يومياً.

**٣. الحدود العمرية:**

شملت التجربة جميع من يستطيعون القراءة فشملت التجربة من عمر السابعة حتى الثامنة عشرة على أن يتم تقسيمهم إلى فئتين.

الأولى من السابعة حتى أقل من الثالثة عشرة وتمثل مرحلة التعليم الأولي (الابتدائي)، والثانية من الثالثة عشرة حتى الثامنة عشرة وهي مرحلتا التعليم الإعدادي والثانوي وتمثل مرحلة المراهقة أو الطفولة المتأخرة، ولكل فئة الكتب الخاصة بها.

---

1) محمد أكرم بشناق. التحكم بالأعراض الجانبية للسرطان وعلاجه. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، ٢٠١٠. – ١٧ص.

## ثانياً: أدوات التجربة:

### ٤. عينة الكتب المختارة:

نظراً لاختلاف المستوى العقلي للأطفال المتضمنين بالتجربة، فقد روعي اختلاف مستوى المعالجة للكتب المختارة من حيث أسلوب المعالجة للفكرة، وحجم الخط، والصور المصاحبة، وتعدد الألوان بالصور، وعدد الصفحات، وعدد الكلمات بالصفحة الواحدة حيث تؤثر كل هذه السمات على مدى استيعاب الأطفال للأفكار المطروحة على اختلاف أعمارهم، ومن خلال عرض العناوين المحددة لكل مستوى، تتاح لهم فرصة الاختيار من عدة عناوين حتى لا يشعر الطفل بفرض كتب محددة عليه، مما يقلل من النتائج المرجوة من عملية القراءة، ويكون لديه الشعور بحرية الاختيار، حتى إن كانت هناك مجموعة أعدت مسبقاً كي تقرأ جميعها(١).

**(أ) الحدود اللغوية:**

روعي أن تكون الكتب المختارة للمستويين الأول والثاني باللغة العربية على اعتبار كونها اللغة الأساسية لجميع الأطفال المتواجدين بالمستشفى ولسهولة استيعاب الأفكار المطروحة بهذه الكتب للوصول لأقصى استفادة ممكنة لتخفيف حدة التوتر والقلق المتزايد لدى الأطفال في بداية مراحل العلاج نظراً لتغير الحالة النفسية نتيجة للبعد عن الجو الأسري والاجتماعي داخل المدرسة وخارجها والانتقال إلى محيط المستشفى، وأيضاً نتيجة لبعض التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للمرض وأساليب العلاج المتبعة.

**(ب) الحدود الشكلية والموضوعية:**

الحرص على أن تكون المواد المختارة لتطبيق التجربة مواد مطبوعة فقط في شكل سرد قصصي كي يكون محبباً ومستساغاً للأطفال وخاصة في مثل ظروفهم الصحية والتي قد لا يتقبلون معها القراءة في الكتب العادية، مع تنوع موضوعاتها ومراعاة بعض الشروط بهذه الكتب وهي(٢):

---

1) Anderson, Lez & Others. Self – Help for Depression: How Can Practitioners and Make The Right Choice?. – British Journal of General Practice, may, 2005 . – P. 390 .

2) http://archive.ifla.org/VII/s10/pubs/ChildrensGuidelines.pdf , (Cited 7/11/2012.)

**من حيث الشكل:**

- أن تكون ذات جودة عالية.
- أبناط طباعة واضحة تتناسب مع أعمار الأطفال.
- رسوم إيضاحية وصور متنوعة.
- ألوان مناسبة وتثير البهجة دون صخب.
- عدد مناسب من الكلمات في الصفحة الواحدة بما يتناسب مع عمر الطفل.

**من حيث الموضوع:**

- أن تكون لها أهداف تربوية وذات مضمون قيم.
- أن تكون سهلة وغير معقدة.
- أن تكون مناسبة لقدراتهم وأعمارهم المتباينة على اختلاف مستوياتهم العقلية.
- مراعاة ألا تلحق أفكار القصة الأذى بالأطفال.
- أن تعكس العديد من القيم المفيدة.
- أن تكون الأفكار نابعة من المجتمع المحيط بالطفل.
- أن تتناسب مع التطور النفسي للطفل، والغرض من القراءة.

**وقد روعي في التطبيق الآتي:**

١. الحرص على تحقيق التوازن والتنوع بين أفراد العينة من حيث المتغيرات الداخلية، كالفئات العمرية، والجنس، واختلاف الحالة المرضية لتشمل معظم الأورام التي تصيب الأطفال كلما أمكن ذلك.

٢. الإقرار الخطي الذي يقوم بالتوقيع عليه الطبيب المعالج ومرافق المريض (ولي الأمر) بعد الموافقة على إدراج الحالة ضمن الدراسة وخضوعها للتجربة، وذلك بعد عرض المعالج بالقراءة لفكرة بحثه بوضوح والغرض منه، وما هي الخطوات المتبعة في سبيل إجراء التجربة.

٣. مجموعة من العناوين التي تم اختيارها من سوق النشر بمعاونة المشرفين في مجالي علم النفس والمكتبات، وذلك بعد التأكد من اجتيازها لمعايير كتب الأطفال

من حيث الشكل والمضمون، وملاءمتها لمختلف المراحل العمرية الخاضعة للدراسة[١]، ويوجد تقرير شامل عن القصص التي تم اختيارها للمرحلتين العمريتين بالملحق رقم (4).

٤. قائمة ببعض الأسئلة والتي أعدت بغرض التأكد من أن الطفل قد قام بالفعل بقراءة الكتب المخصصة له، والقائمة بالملحق رقم (5)، وقد تم الاعتماد فيها على موقع بالإنترنت عن كيفية تعلم الأطفال، وكيفية صياغة الأسئلة المختلفة حول المواد التي يقرأها الأطفال[٢]، مع اعتبار أن تكون الأسئلة مختصرة، ولا تحتاج جهداً للإجابة عليها، كما روعي أن تكون محدودة قدر الإمكان.

٥. دراسة الحالة الاجتماعية للأطفال المرضى، وذلك من خلال نموذج لدراسة الحالة الاجتماعية.

٦. دراسة الحالة النفسية للأطفال المرضى، وذلك من خلال نموذج يتضمن دراسة الحالة النفسية.

٧. المقاييس الخاصة بالقلق والاكتئاب بالملحقين رقم (2)، (3)، والمعتمدة من قبل المتخصصين في مجال علم النفس، والتي يتم الإجابة عليها من الحالات الخاضعة للدراسة قبل وبعد إجراء التجربة، وقد روعي في أسئلة القياس صياغتها بلغة بسيطة، وليس هناك مانع من استخدام بعض الكلمات العامية حتى يسهل فهمها من جانب الأطفال، والحرص على استخدام أبناط طباعية واضحة.

٨. تقارير الهيئة الطبية المعالجة والتي من خلالها يمكن التعرف على استعداد المريض للقراءة ومدى استجابته وتفاعله مع الآخرين.

وقد روعي تثبيت بعض المتغيرات لتحقيق أكبر قدر من الصدق، والثبات في النتائج المستخلصة بغرض ضمان إمكانية تعميم هذه النتائج على جميع أفراد المجتمع موضوع التطبيق، وكذلك المجتمعات المناظرة التي تتوفر بها نفس الظروف.

---

1) اتم اختيار مجموعة من القصص ذات المضمون الجيد والأهداف التربوية بالتشاور مع الطبيب النفسي المعالج، وسوف تتضمن الملاحق نماذج من عناوين القصص ومستخلصاتها للتعرف على الأهداف التربوية والنفسية لكل مضمون.

2) http://www.teachkidshow.com/teach-your-child-to-write-a-book-report , (Cited 8/4/2012.)

**وهذه المتغيرات هي:**

**(أ) مكان القراءة:**

وقد تم الاتفاق على أن يكون غرفة المريض التي يتناول فيها العلاج، حيث كان من المتفق عليه أن يكون مكان الاطلاع هو المكتبة، إلا أنه لم يتثن ذلك نظراً لاختلاف مستوى الحالة الصحية من مريض للآخر، بما لا يسمح لبعض المرضى بالخروج من غرفهم والتوجه للمكتبة لممارسة الاطلاع. لذا كان ينبغي من منطلق تثبيت المتغيرات أن تكون غرف المرضى هي المكان الأمثل للاطلاع لجميع المتضمنين بتجربة العلاج بالقراءة.

**(ب) تثبيت عناوين الكتب التي ينبغي قراءتها:**

وهو متغير هام له تأثير كبير على سلامة النتائج وإمكانية التعميم، وهنا نعني تثبيت عناوين لكل مرحلة عمرية من المرحلتين المفترضتين.

**(ج) وقت الزيارة:**

فقد روعي أن يكون بعد زيارات الأطباء بساعة ليكون الطفل بعيداً عن التوتر الملازم لزيارة الطبيب، خاصة مع انتظار تشخيص لأي عرض جديد، أو تغيير على جرح أو تركيب الحقن "الكانيولا" الخاصة بجرعات العلاجات المختلفة، وذلك نظراً لأهمية صفاء ذهن الطفل أثناء الزيارة ليستطيع أن يذكر إذا كان قد استفاد من المواد القرائية أم لم يستفد.

**(د) وقت الاطلاع:**

فقد روعي أن يكون أثناء تعاطي جرعات الكيماوي، حيث إن للعلاج بعض الأعراض الجانبية مثل الصداع والرغبة في القيء، وقد يتراوح عدد ساعات جرعة الكيماوي من ثلاث إلى سبع ساعات، وهي فترة طويلة بأعراضها المصاحبة لها والتي تؤدي إلى تقلبات مزاجية تجعل الطفل حاداً وعنيفاً مع أقرب الناس إليه، مما يجعل دور القراءة في هذا الوقت غاية في الأهمية لتخرجه من هذه المعاناة التي تزيد من إحساسه بالمرض ورفضه للعلاج، مما يقلل من فائدته.

## تطبيق التجربة

لقد تم تطبيق تجربة تأثير العلاج بالقراءة على أطفال مرضى السرطان بمستشفى سرطان الأطفال من خلال إجراء دراسة تجريبية على ستين حالة من مائتي حالة إقامة كاملة لتناول علاجهم داخل المستشفى من الأولاد والبنات بواقع ثلاثين بالمائة من مجموع الأطفال المقيمين للعلاج على اختلاف مستوياتهم العمرية واختلاف أنواع الإصابة بالسرطان.

## إجراءات المقابلة

- **التعرف على الحالات من خلال الخدمة الاجتماعية والنفسية والطبيب المعالج:**

يجتمع القائم على العلاج بالقراءة في كل مرة يريد فيها الحصول على حالات جديدة للدراسة مع فريق عمل الخدمة الاجتماعية والنفسية، ويتم التعرف على الحالات المناسبة للدراسة من حيث أعمارهم والحالة النفسية ومدى التكيف الاجتماعي، وبعد التعرف على الحالات التي سوف يتم التعامل معها وإدخالها في نطاق الدراسة التجريبية يقوم المسئول عن تطبيق برنامج العلاج بالقراءة بمقابلة الطبيب المعالج للتعرف على الحالة الصحية، ونوع المرض، وأسلوب العلاج، والفترة التي يمكن أن يقيم فيها الطفل إقامة دائمة لتناول العلاج ومدى قدرته على القيام ببعض الممارسات العقلية كالقراءة وإدراك الأهداف النفسية والتربوية المرجوة من المواد المقروءة أثناء هذه الفترة، ثم موافقة الطبيب على إدخال الطفل المريض ضمن عينة البحث ويتم ذلك بموافقة خطية منه، وبعد ذلك يتم عمل ملف لكل حالة يحتوي على جميع الإجراءات الخاصة به، ونتائج الزيارات التي يقوم بها المعالج، وتدوين جميع الملاحظات والتغيرات التي تطرأ على الحالة وتؤثر على مجريات التجربة.

- **مدة المقابلة وإقناع المريض ومرافقيه بفكرة القراءة كدور هام في العلاج[1]:**

اختلفت مدة المقابلة مع الطفل في أول مرة عن المرات التالية، واختلفت مدة المقابلة نفسها من طفل لآخر وفقاً لاستجابته من جهة واستجابة المرافق له من جهة

1) أحمد عكاشة وآخرون. المرشد في الطب النفسي. – القاهرة: منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠٩. – ص ص ٤٣ – ٤٥.

أخرى، وكان ذلك يتوقف على مدى اقتناع الحالات ومرافقيها بأهمية القراءة رغماً عن الظروف الصحية، وإلى أي مدى سيكون ذلك عاملاً هاماً في سرعة الاستجابة للعلاج دون الشعور بمعاناة الأعراض الجانبية التي يسببها المرض، وكان ذلك يتأكد لديهم من تحسن أحوالهم النفسية باشتراكهم في فعاليات البرنامج، مما يؤثر بالضرورة على ارتفاع مستوى المناعة، الأمر الذي جعل معظمهم يتقبلون العلاج بأشكاله المختلفة دون معاناة، ويصل للجرعات التالية دون مضاعفات نقص المناعة.

استغرقت المقابلة للمرة الأولى في المتوسط ساعة ونصف وتزيد لتصل إلى ساعتين في أحوال أخرى وفقاً لسرعة الاقتناع والاستجابة، بينما تراوحت المقابلات التالية من خمس وأربعين دقيقة إلى ستين دقيقة لكل مقابلة، وتأرجحت عدد المقابلات من اثنتين إلى ثلاث وقد تصل إلى أربع مقابلات في الأحوال النادرة والتي كانت تواجه المتابعة المنتظمة بها بعض المعوقات الصحية، وسبقت كل هذه المقابلات مقابلة خاصة بين الطفلة أو الطفل المريض والمعالج في غرفة الألعاب الترويحية أو في غرفهم الخاصة دون عرض أي شيء يتعلق بالبحث وذلك لكسر حاجز الخوف من الطبيب والتمريض لارتباطهم لديه بالألم أحياناً أثناء تناول العلاج بالوخز بالإبر، وأحياناً أخرى أثناء الغيار على بعض الجروح والعمليات، أو أثناء كشف الطبيب الذي يصاحبه أحياناً بعض الألم لتأكده من سلامة العملية الجراحية، أو للتأكد من شعور المريض بألم في مكان ما من عدمه . كل ذلك يؤكد على أهمية المقابلة التي سبقت تطبيق التجربة لإحداث نوع من الألفة والمحبة بين المعالج والأطفال المرضى بمختلف الأساليب الممكنة كتقديم لعبة، أو بعض الحلوى المسموح بها من قبل الطبيب المعالج، أو من خلال تبادل الحديث بشكل محبب إلى نفوسهم وفقاً للمرحلة العمرية والمستوى الاجتماعي، والثقافي، والبيئي.

## إجراءات المقابلة الأولى

بعد التأكد من التعرف على الحالة ومرافقيها وموافقة المرافق (ولي الأمر) الخطية- بالحصول على بعض البيانات الهامة من خلال الإجابة على دراستي حالة إحداهما اجتماعية والأخرى نفسية، تتضمن دراسة الحالة الاجتماعية والتي قام بوضعها قسم الخدمة الاجتماعية والنفسية بالمستشفى جميع البيانات الشخصية والبيانات الخاصة

بعائلة الطفل والحالة الاجتماعية والثقافية والمادية والبيئة المحيطة بالطفل، بينما تتضمن دراسة الحالة النفسية وصفاً تفصيلياً بما يفيد متخصص العلاج بالقراءة عن حالته النفسية مثل تعبيرات وجهه، ومظهره العام، وحالته المزاجية التي تعبر عن مدى قلقه واكتئابه وخوفه، ثم علاقته بذويه لبيان مدى تفاعله مع المجتمع المحيط به، ثم وصف حالة للطفل للتعرف على الوظائف النفسية من انتباه، وإدراك، وحركة، ووعي، واستبصار، وذاكرة، ومدى سلامة الحكم على الأمور، وينتهي بتشخيص من الطبيب النفسي ومقترحات منه لفريق العمل للالتزام بها مع المريض، ثم توجيه مقياسين للطفل للإجابة عليهما، الأول لقياس درجة القلق[1] والآخر لقياس درجة الاكتئاب[2]، وذلك في أول جلسة ضمن إجراءات الاختبار القبلي، أم الأطفال الذين لم يتمكنوا من الإجابة بأنفسهم على المقاييس لانشغال يديه بالعلاج بالحقن، فتلقى الأسئلة عليه دون إضافة شروح لها بحيث يملي الطفل الإجابات كما لو كان يقوم بالإجابة بنفسه دون مساعدة لضمان المساواة والحيادية في فهم أسئلة المقياس والإجابة عليها.

القيام بعد الانتهاء من تلقي الإجابة على المقاييس بتقييم المريض من حيث مستواه العقلي ومدى قدرته على الإدراك وسرعة بديهته، والتعرف على ميوله واهتماماته وتسليمه قصة قصيرة ذات مفاهيم نفسية وتربوية ذات قيمة، وتختلف هذه القصة وفقاً لمستوى كل طفل، وهي بمثابة إحماء وتجهيز لما سوف يحصل عليه للقراءة في الزيارة التالية، ويتم إخبار الطفل بمناقشته فيما استفاده منها لاهتمام الطفل وضمان الجدية في عملية القراءة.

## إجراءات المقابلة الثانية

بدأت الزيارة الثانية بإلقاء بعض الأسئلة على الطفل وذلك أثناء التحاور معه بحيث يستطيع من خلالها إدراك مدى الجدية في استيعاب المادة المقروءة ومدى الوصول لإدراك المفاهيم والأهداف النفسية والتربوية التي تسعى لتحقيقها، ومدى إعجابه بها، وأي الشخصيات فيها التي كانت جديرة بإعجابه بها، أو التي كان يراها مثله الأعلى.

---

1) كاستانيدا، ماك كاندلس، بالرمو؛ إعداد فيولا الببلاوي. مقياس القلق للأطفال. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

2) غريب عبد الفتاح غريب. مقياس د. للصغار (CDI) "الصورة الفصحى". – القاهرة: دار النهضة العربية، 1992.

ثم بعد ذلك عرض مجموعة من القصص المختلفة على الأطفال وفقاً للمستوى العمري والعقلي لاختيار قصة واحدة منها، وذلك حتى لا يشعر الطفل بالملل من فرض عنوان واحد عليه في كل مقابلة مع تذكيره بمناقشة مدى استفادته من القصة في الزيارة التالية.

## إجراءات المقابلات التالية

تكررت إجراءات الزيارة الثانية مع مثيلاتها في الثالثة والرابعة إن كانت هناك ضرورة لزيارة رابعة وتنتهي الزيارة الأخيرة بالإجابة على مقياسي القلق والاكتئاب مرة أخرى (الاختبار البعدي).

- **تقييم المعالج لمدى استفادة الطفل من برنامج العلاج بالقراءة:**

تم تقييم مدى استفادة الأطفال من برنامج العلاج بالقراءة بمساعدة فريق العمل بقسم الخدمة الاجتماعية والنفسية من خلال مراجعة جميع الملفات الخاصة بالحالات المتضمنة في التجربة وعددهم ستون ملفاً، بالإضافة لعدد خمسة ملفات للحالات التي لم تتم دراستها لبعض الأسباب والتي سوف تذكر بنهاية هذا الفصل، وروجعت جميع الملاحظات المدونة عليها، وأخذت الملاحظات الهامة ذات التأثير للمقارنة بينها وبين إجاباتهم على مقياسي القلق والاكتئاب، ثم حولت الإجابات إلى معدلات رقمية لقياس مدى القلق والاكتئاب لدى الأطفال في الاختبارات القبلية والبعدية وذلك بغرض الوصول لمدى الاختلاف بين معدل القلق والاكتئاب قبل القراءة وبعدها.

وفي إطار تحويل إجابات الأطفال إلى أرقام وترجمتها لمدلول محدد يبين مدى القلق والاكتئاب لدى الأطفال، نجد أن المقاييس نفسها تحتوي على أسلوب تقييم الحالة من خلال الإجابات على الأسئلة المطروحة بالمقياس، بالإضافة إلى توجيهات المشرف النفسي على الدراسة.

ثم بعد ذلك تم تقييم البيانات وتحليلها للخروج بالنتائج المرجوة.

# تحليل البيانات وتقييمها

تتضمن التجربة ستين حالة وفقاً للحدود سالفة الذكر في الجدول التالي:

جدول رقم (٢) يبين جميع الحالات التي تضمنتها التجربة مرتبة ترتيباً زمنياً وفقاً لبداية كل حالة.

**الجدول رقم (٢)**

**الحالات التي تضمنتها التجربة مرتبة زمنياً**

| م. | العمر | النوع | التشخيص | تاريخ بداية | تاريخ نهاية |
|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٨ | ولد | AML | 25/05/2011 | 07/06/2011 |
| ٢ | ٩ | ولد | AML | 25/05/2011 | 08/06/2011 |
| ٣ | ١٣ | بنت | O.S. | 31/05/2011 | 22/06/2011 |
| ٤ | ١٢ | بنت | E.S. | 05/06/2011 | 14/06/2011 |
| ٥ | ١٥ | ولد | ALL | 05/06/2011 | 14/06/2011 |
| ٦ | ١١ | بنت | ALL | 07/06/2011 | 12/07/2011 |
| ٧ | ١٢ | ولد | ALL | 08/06/2011 | 20/06/2011 |
| ٨ | ١٣ | بنت | AML | 13/06/2011 | 19/06/2011 |
| ٩ | ١٥ | ولد | ALL | 14/06/2011 | 23/06/2011 |
| ١٠ | ١٠ | ولد | O.S. | 15/06/2011 | 27/06/2011 |
| ١١ | ١٧ | ولد | ALL | 20/06/2011 | 27/06/2011 |
| ١٢ | ١٢ | ولد | ALL | 20/06/2011 | 26/06/2011 |
| ١٣ | ١٤ | بنت | ALL | 22/06/2011 | 12/07/2011 |
| ١٤ | ٨ | ولد | ALL | 30/06/2011 | 11/07/2011 |
| ١٥ | ١٢ | ولد | AML | 06/07/2011 | 25/07/2011 |
| ١٦ | ٩ | ولد | M.B. | 06/07/2011 | 20/07/2011 |
| ١٧ | ٨ | ولد | ALL | 11/07/2011 | 19/07/2011 |
| ١٨ | ٩ | ولد | N.B. | 12/07/2011 | 21/07/2011 |
| ١٩ | ٩ | ولد | ALL | 14/07/2011 | 21/07/2011 |

| م. | العمر | النوع | التشخيص | تاريخ بداية | تاريخ نهاية |
|---|---|---|---|---|---|
| ٢٠ | ١٥ | بنت | O.S. | 19/07/2011 | 27/07/2011 |
| ٢١ | ١٣ | بنت | G.C.T. | 21/07/2011 | 28/07/2011 |
| ٢٢ | ١٢ | ولد | N.H.L. | 26/07/2011 | 02/08/2011 |
| ٢٣ | ١٦ | ولد | AML | 26/07/2011 | 04/08/2011 |
| ٢٤ | ١١ | بنت | AML | 04/08/2011 | 22/08/2011 |
| ٢٥ | ١١ | ولد | AML | 09/08/2011 | 23/08/2011 |
| ٢٦ | ١٦ | ولد | O.S. | 17/08/2011 | 25/08/2011 |
| ٢٧ | ١١ | بنت | AML | 18/08/2011 | 25/08/2011 |
| ٢٨ | ١٥ | ولد | ALL | 14/09/2011 | 22/09/2011 |
| ٢٩ | ١٢ | ولد | ALL | 14/09/2011 | 21/09/2011 |
| ٣٠ | ١٢ | ولد | AML | 15/09/2011 | 25/09/2011 |
| ٣١ | ١٠ | بنت | O.S. | 15/09/2011 | 22/09/2011 |
| ٣٢ | ١٦ | ولد | O.S. | 19/09/2011 | 26/09/2011 |
| ٣٣ | ١٠ | ولد | ALL | 21/09/2011 | 29/09/2011 |
| ٣٤ | ١٤ | ولد | AML | 21/09/2011 | 29/09/2011 |
| ٣٥ | ١١ | ولد | ALL | 22/09/2011 | 28/09/2011 |
| ٣٦ | ١٤ | بنت | G.C.T. | 22/09/2011 | 02/10/2011 |
| ٣٧ | ١٢ | ولد | ALL | 25/09/2011 | 03/10/2011 |
| ٣٨ | ١٤ | ولد | ALL | 27/09/2011 | 05/10/2011 |
| ٣٩ | ١٦ | ولد | ALL | 27/09/2011 | 05/10/2011 |
| ٤٠ | ١٧ | ولد | O.S. | 28/09/2011 | 09/10/2011 |
| ٤١ | ١٤ | ولد | ALL | 02/10/2011 | 11/10/2011 |
| ٤٢ | ٩ | بنت | G.C.T. | 04/10/2011 | 16/10/2011 |
| ٤٣ | ١١ | بنت | G.C.T. | 04/10/2011 | 19/10/2011 |
| ٤٤ | ١١ | بنت | G.C.T. | 05/10/2011 | 16/10/2011 |

| م. | العمر | النوع | التشخيص | تاريخ بداية | تاريخ نهاية |
|---|---|---|---|---|---|
| ٤٥ | ١٣ | ولد | ALL | 05/10/2011 | 20/10/2011 |
| ٤٦ | ١٦ | بنت | ALL | 09/10/2011 | 17/10/2011 |
| ٤٧ | ١١ | بنت | W.T. | 09/10/2011 | 27/10/2011 |
| ٤٨ | ١١ | ولد | ALL | 10/10/2011 | 18/10/2011 |
| ٤٩ | ٨ | بنت | ALL | 11/10/2011 | 20/10/2011 |
| ٥٠ | ١٣ | ولد | R.M.S. | 11/10/2011 | 19/10/2011 |
| ٥١ | ٨ | بنت | ALL | 11/10/2011 | 20/10/2011 |
| ٥٢ | ٩ | بنت | O.S. | 13/10/2011 | 20/10/2011 |
| ٥٣ | ١٥ | بنت | E.S. | 13/10/2011 | 19/10/2011 |
| ٥٤ | ١٥ | بنت | ALL | 17/10/2011 | 24/10/2011 |
| ٥٥ | ١٤ | بنت | H.C.C. | 17/10/2011 | 25/10/2011 |
| ٥٦ | ١٤ | بنت | W.T. | 17/10/2011 | 25/10/2011 |
| ٥٧ | ٧ | بنت | W.T | 18/10/2011 | 26/10/2011 |
| ٥٨ | ١٢ | بنت | ALL | 19/10/2011 | 27/10/2011 |
| ٥٩ | ١٤ | بنت | O.S. | 19/10/2011 | 26/10/2011 |
| ٦٠ | ١٢ | ولد | E.S. | 19/10/2011 | 26/10/2011 |

يتضمن الجدول رقم (2) جميع الحالات التي خضعت لتطبيق تجربة تأثير القراءة الموجهة على أطفال مرضى السرطان بمستشفى سرطان الأطفال – مصر57357، وبلغ عددهم ستين حالة، هذا فيما عدا الحالات التي لم تكتمل لظروف متعددة وسوف يتم إدراج هذه الحالات منفصلة مع تحليل لأسباب عدم اكتمالها بنهاية الفصل.

تراوحت أعمارهم بين السابعة والثامنة عشرة من البنات والأولاد، وقد تم اختيارهم من جميع الأدوار من الثالث للسادس على اعتبار أن الدور الأول يشمل الإدارة وبعض الأقسام الأخرى كالأشعة، والأسنان، والطب النووي، والعلاج الطبيعي، وكذلك عيادات اليوم الواحد، أما الدور الثاني فهو مخصص للعمليات، والعناية المركزة.

وقد تنوعت الحالات وفقاً لتشخيصها ما بين أورام الدم والأورام الصلبة بأنواعها المختلفة، وقد قام المعالج بإجراء التجربة لمدة خمسة شهور (عشرين أسبوعاً) خلال ستة شهور تبدأ من الخامس والعشرين من مايو 2011 حتى آخر زيارة في إطار تطبيق التجربة في السادس والعشرين من أكتوبر 2011، وقد وزعت على النحو التالي:

- في شهر مايو ثلاث حالات
- في شهر يونيو إحدى عشرة حالة
- في شهر يوليو تسع حالات
- في شهر أغسطس أربع حالات
- في شهر سبتمبر ثلاث عشرة حالة
- في شهر أكتوبر عشرون حالة

ويلاحظ انخفاض عدد حالات الدراسة بشكل ملحوظ في شهري مايو وأغسطس، ففي شهر مايو بدأ تطبيق التجربة وكانت البداية قرب نهاية الشهر في الخامس والعشرين، ولم يتبق من الشهر سوى سبعة أيام أمكن خلالها البدء في إجراء التجربة على ثلاث حالات فقط، وإن كانت الحالات الثلاث قد اكتملت في شهر يونيو، أما شهر أغسطس فكانت بدايته مع بداية شهر رمضان المبارك مما جعل من الصعوبة إتمام جميع إجراءات التجربة بسبب ضغط عدد ساعات العمل للإدارة والأقسام الملحقة بها كالمكتبة، والخدمة الاجتماعية والنفسية من تسع ساعات يومياً إلى ست ساعات، بالإضافة إلى قلة عدد العاملين لكثرة الحصول على إجازات خلال هذا الشهر، بينما يتراوح عدد الحالات في الشهور الأخرى من تسع إلى عشرين حالة في الشهر الواحد، وتعتبر هذه النسب مقبولة على اعتبار أن عدد الحالات الستين مقسمة على خمسة أشهر هي مدة إجراء التجربة على جميع الحالات.

## البرنامج الإحصائي المستخدم لضبط ظواهر التجربة

تم ضبط الإحصاءات المختلفة بغرض الوصول للنتائج النهائية لمختلف ظواهر التجربة باستخدام نظام SPSS(1) وهو نظام إحصائي للعلوم الاجتماعية، الإصدارة السابعة عشرة، وفيما يلي عرض وتحليل لمختلف ظواهر البحث.

1) Field, Andy. Discovering Statistics Using SPSS . – London : SAGE, 2009 . – 821P.

## أولاً: النوع والمجموعة العمرية:

يتضمن الجدول التالي:

جدول رقم (3) ويوضح عدد البنات والأولاد المتضمنين بالدراسة التطبيقية والنسبة المئوية لكل منهما.

**الجدول رقم (3)**

**عدد البنات والأولاد المتضمنين بالدراسة التطبيقية مع النسبة المئوية**

| النـــوع | العـــدد | النسبة المئوية % |
|---|---|---|
| البنات | 26 | 43.3 |
| الأولاد | 34 | 56.7 |
| **العـــدد الكلي** | **60** | **100** |

يشير الجدول السابق رقم (3) نسبة البنات إلى الأولاد الخاضعين للدراسة والمصابين بالأورام السرطانية المختلفة، فكان عدد البنات ستا وعشرين حالة من مجموع ستين حالة أجريت عليهم الدراسة بواقع 43.3 %، بينما بلغ عدد الأولاد ثلاثا وأربعين حالة بواقع 56.7%، وهي نسبة مقبولة للتمثيل النوعي، ويرجع عدم المساواة في نسبة التمثيل النوعي إلى رفض أولياء الأمر أحياناً لمشاركة بناتهم في الأنشطة الاجتماعية وخاصة القرويين والبدو وبنات الأسر الوافدة من محافظات نائية مثل عرب سيناء أو بعض الدول العربية، وقد يكون ذلك لموروثات ثقافية واجتماعية لدى بعض الأسر التي تشعر بالخجل من مشاركة بناتهم بمختلف الأنشطة التي تجعلهم محط أنظار الآخرين، أو لخجل البنات من أنفسهم نتيجة الحالة الصحية وما يستتبعها من تغيرات شكلية، غير أن طبيعة الأولاد قد تختلف في المشاركة والاتصال بشكل أكثر جرأة وإيجابية، كما أنهم أقل خجلاً من البنات بشأن تغيراتهم الشكلية بسبب سقوط الشعر، والإجهاد الواضح عليهم، وبعض المضاعفات الواضحة على الجسم مثل الالتهابات الجلدية، والتهابات الفم.

ويوضح الجدول والشكل التاليان:

جدول رقم (4)، والشكل رقم (3) عدد البنات والأولاد لكل مرحلة عمرية على حدة، والنسبة المئوية لكل منهم.

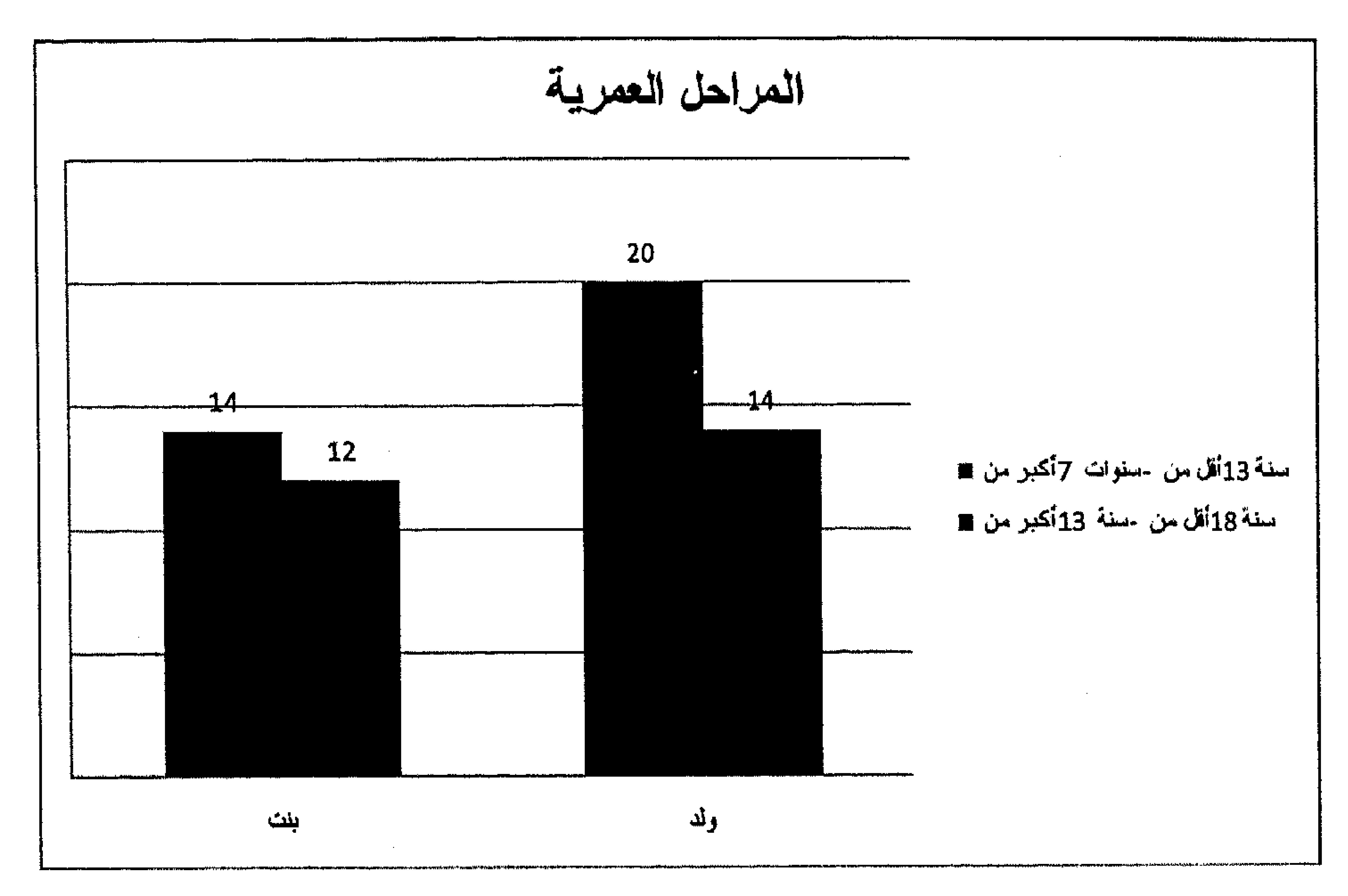
**الجدول رقم ( 4 )**

**عدد البنات والأولاد لكل مجموعة عمرية والنسبة المئوية**

| المرحلة العمرية | العمـــر | بنت | ولـــد | المجموع | النسبة المئوية % |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 7 -12 | 14 | 20 | 34 | 56.7 |
| 2 | 13 – 18 | 12 | 14 | 26 | 43.3 |
| — | — | 26 | 34 | 60 | 100 |

**الشكل رقم ( 3 )**

**عدد البنات والأولاد لكل مرحلة عمرية**




يشير الجدول السابق والشكل البياني الموضح للجدول إلى عدد البنات والأولاد لكل مرحلة عمرية ، فنجد أن عدد البنات كان أقل تمثيلاً للمجموعة الخاضعة للدراسة من الأولاد، فهم أقل تمثيلاً في المجموعتين العمريتين الأولى والثانية، وقد سبق إرجاع ذلك إلى الموروثات الثقافية لبعض الأسر والمجتمعات، حيث نجد أن عدد البنات في المجموعة العمرية الأولى بلغ أربع عشرة بنتاً، بينما عدد الأولاد بلغ عشرين ولداً. أما المجموعة العمرية الثانية فنجد أن البنات بلغ عددهن اثنتي عشرة بنتاً، وعدد الأولاد

بلغ أربعة عشر ولداً، وبذلك تكون نسبة عدد البنات والأولاد في المجموعة العمرية الأولى أكبر منها في المجموعة الثانية، فقد بلغت نسبتهم في المجموعة الأولى 56.7%، بينما في المجموعة الثانية بلغت النسبة 43.3%. وقد يرجع ذلك إلى أن العديد من أورام الأطفال تأتي في سن مبكرة، وهي المرحلة العمرية الأولى(1)، كما أن الأطفال في السن المبكرة يميلون إلى النشاط والرغبة في الترفيه من خلال اللعب وممارسة الأنشطة المختلفة مثل القراءة والرسم والتلوين(2).

**ثانياً: أنواع الأورام لدى البنات والأولاد: Tumor Type**

يوضح الجدول التالي:

جدول رقم (5) نسبة توزيع البنات والأولاد الذين تشملهم التجربة على أورام الدم والأورام الصلبة.

**الجدول رقم ( 5 )**

**أورام الدم والأورام الصلبة وعدد المصابين بهما من البنات والأولاد**

| نوع الورم | بنت | ولـــد | العــــدد الكلي | النسبة المئوية % |
|---|---|---|---|---|
| أورام دم (لوكيميا) | 10 | 26 | 36 | 60 |
| أورام صلبة | 16 | 8 | 24 | 40 |
| العـــــدد الكلي | 26 | 34 | 60 | 100 |

يتبين من الجدول السابق رقم (5) تقسيم الأورام إلى أورام صلبة وأورام دم، وهما الفئتان الأكبران في تقسيم الأورام، وتحت كل فئة تندرج أنواع عديدة يأتي تفصيلها في الجدول رقم (6)، ويوضح الجدول نسبة إصابة البنات والأولاد من كل فئة، فنجد أن عدد إصابات البنات باللوكيميا (أورام الدم) بلغت عشر حالات، بينما عدد الإصابات بالنسبة للأولاد بلغت ستاً وعشرين حالة، وفي الأورام الصلبة بلغ عدد الإصابات من البنات ست عشرة حالة، بينما عدد الأولاد المصابين بلغ ثماني حالات، وبذلك يكون

1) National Cancer Control Programmes : Politics and Managerial Guidelines . WHO . – 2nd. Ed. – Geneva : World Health Organization, 2002 . – pp 97 – 99 .

2) سناء نصر حجازي. علم النفس الإكلينيكي للأطفال. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩. – ص ص ٩٦ – ٩٧.

عدد البنات الإجمالي ستاً وعشرين بنتاً، وعدد الأولاد أربعة وثلاثين ولداً، وتكون نسبة الإصابة بأورام الدم 60% بينما نسبة الإصابة بالأورام الصلبة 40%، ويرجع ذلك إلى أن نسبة إصابة الأطفال بالأورام في المراحل المبكرة تكون أعلى بأورام الدم من الأورام الصلبة، وتكون لدى الأولاد أكثر من البنات(١).

ويوضح الجدول والشكل التاليان:

الجدول رقم (6) والشكل رقم (4) نسبة إصابة الأولاد والبنات الذين تشملهم التجربة على جميع أنواع أورام الدم والأورام الصلبة تفصيلاً.

**الجدول رقم ( 6 )**

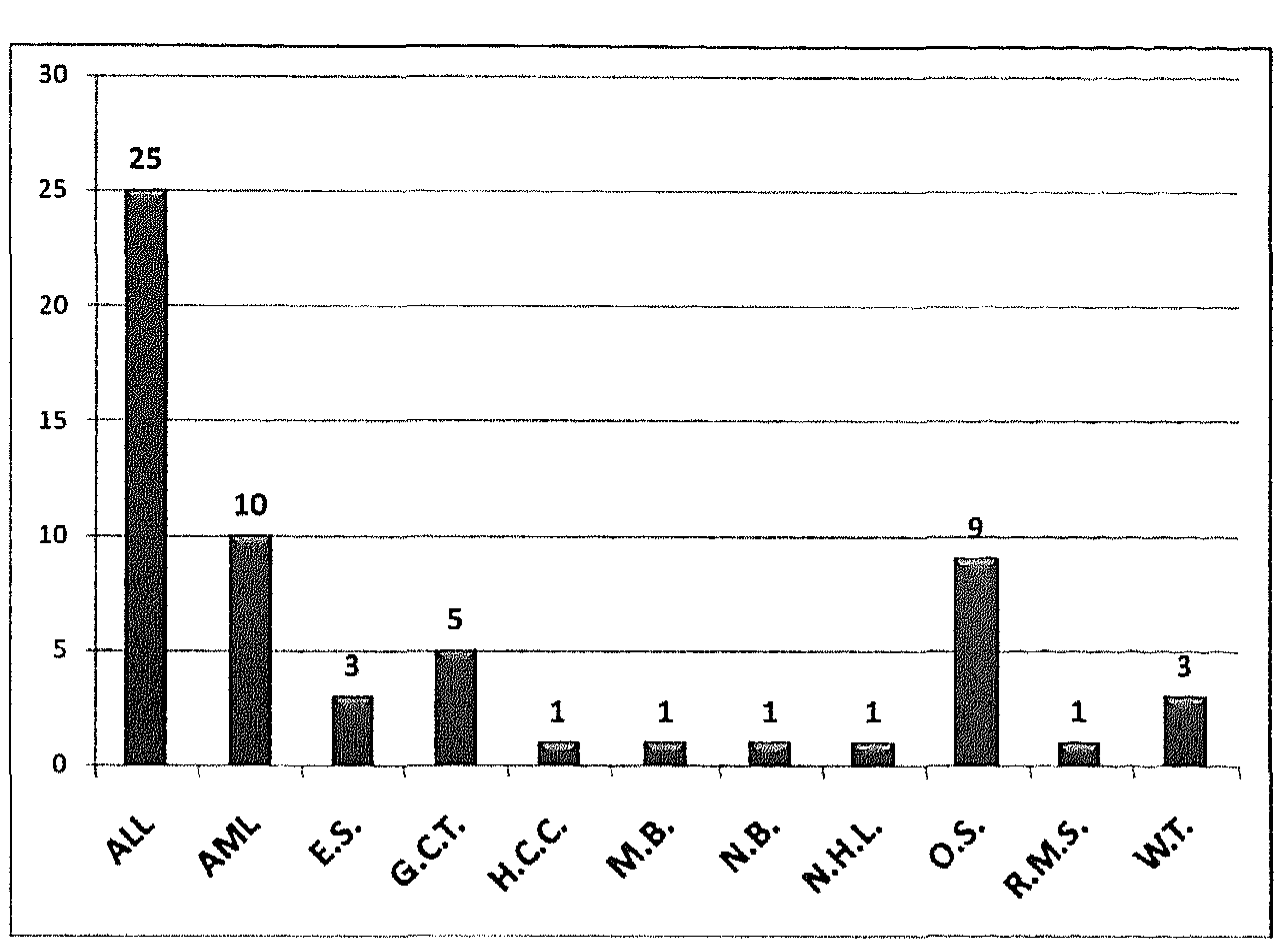
**عدد البنات والأولاد المصابين بأورام الدم والأورام الصلبة تفصيلاً**

| مسلسل | نوع الورم | عدد الحالات للبنات | عدد الحالات للأولاد | العـدد الكلي | النسبة المئوية % |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ALL | 7 | 18 | 25 | 41.7 |
| 2 | AML | 3 | 7 | 10 | 16.7 |
| 3 | E.S. | 2 | 1 | 3 | 5 |
| 4 | G.C.T. | 5 | — | 5 | 8.3 |
| 5 | H.C.C. | 1 | — | 1 | 1.7 |
| 6 | M.B. | — | 1 | 1 | 1.7 |
| 7 | N.B. | — | 1 | 1 | 1.7 |
| 8 | N.H.L. | — | 1 | 1 | 1.7 |
| 9 | O.S. | 5 | 4 | 9 | 15 |
| 10 | R.M.S. | — | 1 | 1 | 1.7 |
| 11 | W.T. | 3 | — | 3 | 5 |
| **العـدد** | — | **26** | **34** | **60** | **100** |

1) Orkin, Stuart H. & Others . – Oncology of Infancy and Childhood . – Philadelphia : Saunders, 2009 . – P. 182 .

الشكل رقم ( 4 )

عدد البنات والأولاد المصابين بأورام الدم والأورام الصلبة تفصيلاً




يوضح الجدول السابق رقم (6) والشكل البياني رقم (4) أورام الأطفال على اختلاف أنواعها والمصابة بها الحالات المدرجة بالدراسة التطبيقية، وقد بلغت أحد عشر نوعاً موزعة على ستين حالة، وكان توزيعها كالتالي:

إبيضاض الدم الليمفاوي الحاد ALL وقد بلغ عدد المصابين به من البنات والأولاد خمساً وعشرين حالة، ويتصدر أعلى نسبة للإصابة حيث بلغت 41.7%، وهي تقترب من نصف حالات الدراسة، وقد بلغت نسبة إصابة البنات سبع حالات، والأولاد ثماني عشرة حالة، أي أن عدد المصابين به من الأولاد يقترب من ضعفي إصابة البنات، وجاء مرض إبيضاض الدم النخاعي الحاد AML في الدرجة الثانية بعدد عشر إصابات بما يمثل 16.7% بواقع ثلاث حالات للبنات مقابل سبع حالات للأولاد. أما الأورام الجرنية بالعظام Osteosarcoma فقد بلغ عدد المصابين تسع حالات بنسبة 15% بما يمثل خمس حالات للبنات وأربع حالات للأولاد. ثم يأتي بعد ذلك ورم Germ Cell Tumor( G.C.T.) وهو نوع من الأورام الجينية، ومصاب به خمس حالات كلها من البنات فقط. بنسبة 8.3%، ويأتي بعد ذلك مجموعة أورام إوينج Ewing's Sarcoma (E.S.)، وورم ويلمز الكلوي Wilm's Tumor (W.T.) وكلاهما نسبة الإصابة به 5% بواقع ثلاث حالات لكل منهما، الأول مصاب به بنتان وولد واحد، والثاني مصاب

به ثلاث حالات من البنات فقط. وبعد ذلك نجد خمسة أنواع من الأورام مقسمة بالتساوي بنسبة 1.7% وهي الورم الكبدي Hepatocellular Carcinoma (H.C.C.) ومصاب به حالة واحدة من البنات، وأورام المخ Brain Tumor (M.B.) ومصاب به حالة واحدة من الأولاد، وورم الأوليات العصبية Neuroblastoma (N.B.) ومصاب به حالة واحدة من الأولاد، والأورام الليمفاوية اللاهودجكين Non Hodgkin Lymphoma (N.H.L.) ومصاب به حالة واحدة من الأولاد، وأخيرا مرض الأورام الجرنية بالعضلات المخططة Rabdomysarcoma (R.M.S.) ومصاب به حالة واحدة من الأولاد.

**ثالثاً: القلق**

يبين الجدول والشكل التاليان:

جدول رقم (7) والشكل البياني رقم (5) دلالة درجة القلق قبل القراءة وبعدها.

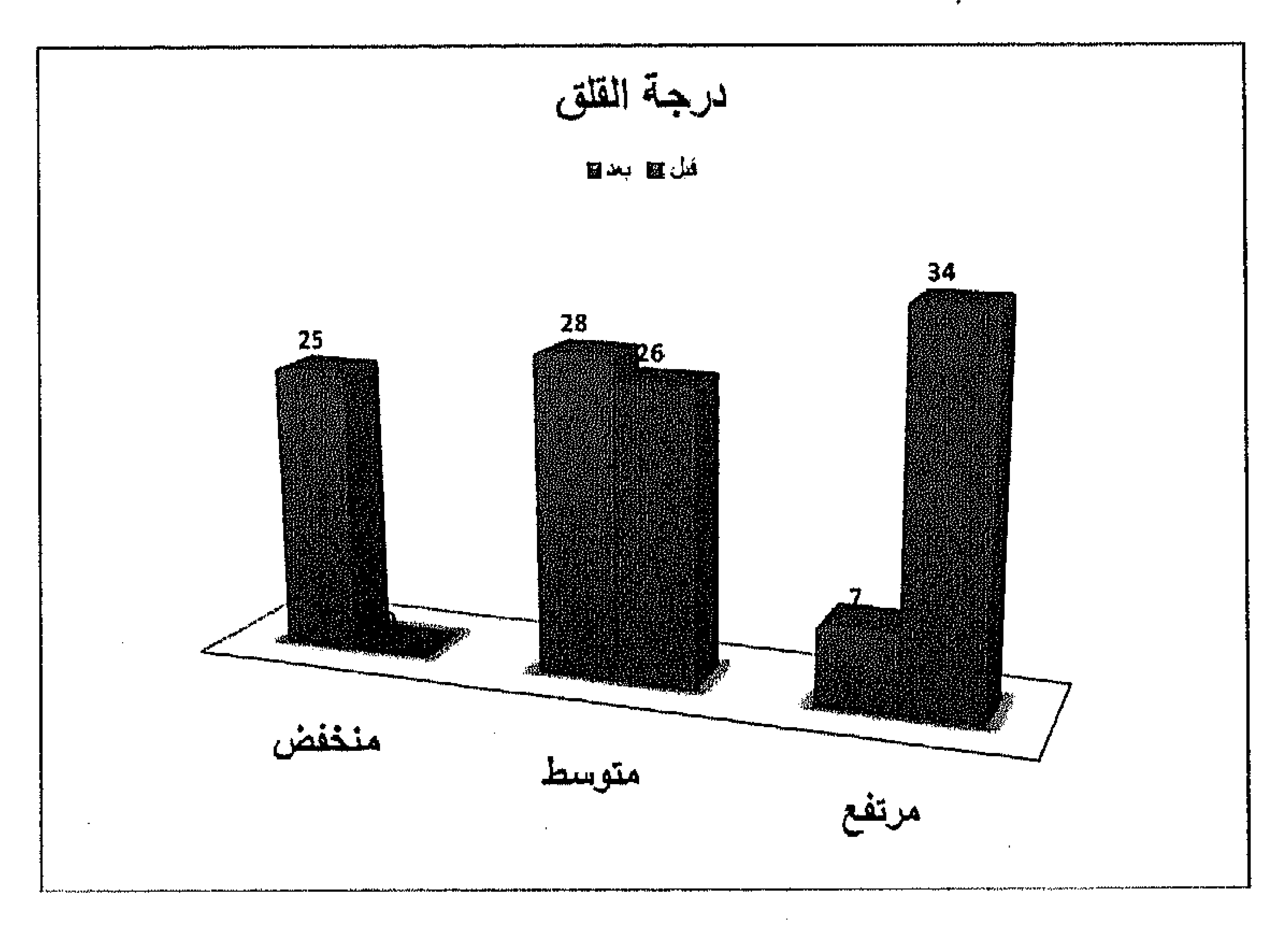
**الجدول رقم ( 7 )**

**دلالة درجة القلق قبل القراءة وبعدها مقترنة بعدد الأطفال**

| ــــ | منخفض | متوسط | مرتفع |
|---|---|---|---|
| درجة القلق قبل | ٠ | ٢٦ | ٣٤ |
| درجة القلق بعد | ٢٥ | ٢٨ | ٧ |

**شكل رقم ( 5 )**

**دلالة درجة القلق قبل القراءة وبعدها مقترنة بعدد الأطفال**



يتبين من الجدول السابق رقم (7) والشكل البياني رقم (5) وجود ثلاثة مستويات للقلق لدى الأطفال قبل إجراء تجربة العلاج بالقراءة وبعدها، الفئة الأولى ذات الدرجة المنخفضة، والفئة الثانية تعاني من قلق بدرجة متوسطة، أما الفئة الثالثة فهم الذين يعانون من قلق مرتفع، وتختلف أعداد كل فئة في مرحلة ماقبل إجراء التجربة عن مرحلة ما بعد تجربة القراءة الموجهة، ففي المرحلة الأولى قبل إجراء التجربة لم تكن هناك حالة واحدة ذات درجة قلق منخفضة وكانت تنحصر جميع الحالات بين درجة قلق متوسطة ومرتفعة، بينما في مرحلة ما بعد القراءة فقد وصل عدد حالات القلق المنخفض لخمس وعشرين حالة، كما كان عدد الحالات متوسطة القلق في مرحلة ما قبل القراءة ستاً وعشرين، ووصلت في مرحلة ما بعد القراءة لثمان وعشرين حالة، وبلغ عدد الأطفال الذين يعانون من القلق بشكل مرتفع في المرحلة الأولى أربعاً وثلاثين حالة وانخفض إلى سبع حالات في المرحلة التالية.

وبذلك يتضح من عدد الحالات وتوزيعها على الفئات الثلاث للقلق في مرحلة ما قبل وما بعد القراءة، وما أثبتته النتائج باستخدام اختبار ويلكوكسون الإحصائي أن العلاج بالقراءة الموجهة لعدد من الجلسات تصل إلى ثلاث جلسات خلال أسبوع أو أسبوعين مع اختلاف عدد الصفحات المقروءة بما لا يقل عن خمسين صفحة وفقاً للحالة ومدى استجابتها ودرجة القلق التي تعاني منها، له تأثير إيجابي مما يؤدي إلى انخفاض ملحوظ في حالات القلق أثناء فترة المرض وتناول العلاج.

وبالنظر إلى المؤشر الإحصائي السابق يتضح لنا أنه رغماً عن أن عدد حالات القلق المتوسط ارتفعت حالتين في مرحلة ما بعد القراءة، فإننا نجد اتساع الهوة بين المرحلتين في القلق المنخفض حيث يرتفع عدد الحالات مع عدم وجود حالة واحدة بالمرحلة الأولى إلى خمس وعشرين حالة بالمرحلة الثانية بنفس الوقت الذي انخفضت فيه حالات القلق المرتفع من أربع وثلاثين حالة إلى سبع حالات فقط مما يدل على أن العديد من الحالات انتقلت من مرحلة القلق المرتفع إلى فئة القلق المتوسط، مما تسبب في زيادة حالات القلق المتوسط حالتين في مرحلة مابعد القراءة، وذلك يعني التأثر الإيجابي بتجربة القراءة الموجهة في سبيل خفض حدة القلق لديهم.

وقد تبين أن هناك بعض المعدلات الرقمية تستحق الدراسة والتفصيل وهي:

**١. معدلات ارتفاع حدة القلق أو ثباته:**

تبين أن هناك ست حالات ظلت قلقة بنسبة مرتفعة دون انخفاض بعد إجراء تجربة العلاج بالقراءة الموجهة مع مراعاة الاختلاف بين درجتي القلق قبل وبعد التجربة في كل حالة، وهناك حالة واحدة ارتفعت فيها حدة القلق من متوسط إلى قلق مرتفع، لذا كان من الضروري التعرض لهذه الحالات للوقوف على أسباب هذا الثبات أو الزيادة في درجة القلق لدى الأطفال رغماً عن تعرضهم لنفس الإجراءات والظروف المحيطة بالتجربة.

بالتعرض للحالات الستة والتي ظلت درجة القلق المرتفعة كما هي دون انخفاض لوحظ أن هناك انخفاضاً في درجة القلق من درجتين لتسع درجات مع ثبات مدلول الدرجة نظراً للارتفاع الملحوظ في درجة القلق بالفئة المتوسطة قبل إجراء التجربة مما لا يؤثر في مدلول الدرجة رغماً عن انخفاضها بعد التجربة إلى تسع درجات، كما أن هناك الحالة الرابعة والثلاثين بقاعدة بيانات الدراسة[1] وهي لولد في بدايات الفئة العمرية الثانية (أربعة عشر عاماً)، فقد كانت حالته الصحية متدنية ويعاني من آلام شديدة وانخفاض مستوى المناعة مما أدى إلى ارتفاع شديد في درجة الحرارة وضرورة العلاج بالمضادات الحيوية، الأمر الذي يجعل الطفل في حالة من الإعياء الشديد ولا يستطيع معه القيام بأي نوع من الأنشطة المختلفة وخاصةً الذهنية، وقد تعددت المحاولات معه كلما تحسنت حالته الصحية بغرض الاستمرار في متابعة القراءة مما أطال مدة إجراء التجربة معه إلى أكثر من ثلاثة أسابيع، وقد لوحظ انخفاض حدة الاكتئاب إلا أن القلق ارتفع نظراً لتوتر الطفل من حالته الصحية وعدم قدرته على الوقوف والسير ومتابعة حياته اليومية بشكل عادي، وكذلك لوحظ انخفاض مستوى الاكتئاب لديهم جميعاً رغماً عن عدم انخفاض درجة القلق مما يؤكد أن التجربة في سبيلها الإيجابي ولو بشكل جزئي وأن الاستمرار في المتابعة يؤدي إلى مزيد من التحسن.

أما الحالة الوحيدة التي ارتفع فيها مستوى القلق من متوسط إلى مرتفع بمقدار تسع درجات بعد تعرض الحالة لتجربة العلاج بالقراءة الموجهة، فهي الحالة رقم (35) بقاعدة بيانات الدراسة، وهي لولد من الفئة الأولى العمرية (أحد عشر عاماً)

1 ) قاعدة بيانات الدراسة بكامل تفاصيلها توجد ضمن الملاحق بنهاية الدراسة.

وتشخيصه المرضي إبيضاض الدم الليمفاوي الحاد (لوكيميا الدم)، وكانت حالته الصحية مستقرة إلى أن تم إجراء القياسات القبلية وإجراء التجربة ومتابعتها وتحسنت حالة الطفل بشكل ملحوظ، ولكن مع الجلسة الأخيرة لسؤال الطفل عن المادة المقروءة لإجراء القياس البعدي كان الطفل قد تدهورت حالته الصحية نتيجة لانخفاض مستوى المناعة وارتفاع حرارته وإصابته بالتهابات في الشعب الهوائية، ودخل العناية المركزة لمدة ثلاثة أيام، وبعد خروجه أعيدت محاولة المتابعة وإجراء القياسات البعدية، وقد لوحظ فيها مدى ارتفاع مستوى القلق لدى الطفل وإصراره على عدم ذكر الأهداف المستفادة من القصة رغماً عن وضوحها ورغماً عن إدراكه السريع لقراءاته السابقة قبل تدهور حالته الصحية مما أفقده الثقة في الشفاء والرضى الذي يجعل لديه القدرة على الاستمرار في متابعة نشاطه اليومي مما زاد من قلقه واكتئابه.

وقد ذكرت هذه النتائج وفقاً لهذه الظروف رغماً عن الاستمرار بعد ذلك في متابعة الحالة وتكرار تجربة العلاج بالقراءة الموجهة، وإعادة إجراء القياسات البعدية بعد عشرة أيام، وقد لمس المعالج تحسناً ملحوظاً في انخفاض درجة القلق عما قبل، وذلك بغرض التأكيد على أهمية الظروف المحيطة بالحالة في إنجاح العلاج بالقراءة والاتجاه بها في طريق إيجابي نحو التخفيف من حدة القلق والاكتئاب أو إفشالها، وأن عدم نجاحها من أول مرة لا يعني ذلك ترك الطفل على حالته النفسية المتردية، بل إن تكرار المحاولة يكون له كل الأثر الإيجابي، مما يؤكد على ضرورة التواصل في أصعب الظروف فيكون ذلك بمثابة جسر من الثقة بين الطفل وبين القائم على العلاج بالقراءة، وأن العلاج بالقراءة عملية مستمرة لا ينبغي أن تتوقف عند تحسن الحالة النفسية للطفل المريض فيعاود التدهور مرة أخرى، بل يجب التواصل دون انقطاع حتى انتهاء فترة العلاج.

**٢. معدلات انخفاض محدود للقلق :**

لوحظ أن هناك بعض الحالات انخفضت درجة القلق بها وإن كان انخفاضاً محدوداً في الاتجاه الإيجابي نحو التحسن رغماً عن ثبات المدلول الذي لا يشير إلى تحسن على الإطلاق ومثال لهذه الحالات:

الحالة العشرون بقاعدة بيانات الدراسة، وهي لبنت في المرحلة العمرية الثانية (خمسة عشر عاماً)، انخفضت درجة القلق لديها درجتين فقط من إحدى وثلاثين إلى تسع وعشرين درجة بينما ظل مدلول الدرجة ثابتاً فهي في مجال القلق المرتفع، لذا ينبغي أن نعرف أن هناك سبيلاً للتحسن وإن كان بطيئاً إلا أنه في الطريق الإيجابي لانخفاض حدة القلق، بينما هناك حالات يلاحظ فيها انخفاض مستوى القلق من مرتفع إلى متوسط، أومن متوسط إلى منخفض رغماً عن أن الدرجات لم تنخفض إلا بنسبة درجتين أو ثلاث درجات على الأكثر إلا أن مدلول هذه الدرجات قد انتقل بها من فئة إلى فئة أقل منها، لذا فهو يشير بوضوح إلى انتقال إيجابي في سبيل التحسن.

**٣. معدلات انخفاض ملحوظ للقلق:**

تبين أن هناك بعض الحالات حققت تطوراً إيجابياً في سبيل خفض حدة القلق تراوحت درجة انخفاضه من أربع عشرة درجة إلى عشرين درجة، فقد انخفضت درجة القلق لدى الحالة السادسة عشرة في قاعدة بيانات الدراسة بمقدار عشرين درجة، والحالة العاشرة قد انخفضت درجة القلق لديها بمقدار تسع عشرة درجة، فانخفضا بذلك من فئة القلق المرتفع إلى المنخفض، بينما سجلت الحالة الثامنة انخفاضاً مقداره سبع عشرة درجة ليهبط من مستوى القلق المرتفع إلى المتوسط، ويعد بذلك تطوراً صريحاً نحو التحول الإيجابي لهم، ويرجع هذا التطور الإيجابي الملحوظ نظراً لاستقرار هذه الحالات صحياً إلى حد كبير، إلا أن الحالة الثامنة كانت تعاني من التهابات حادة بالرئة نظراً لانخفاض مستوى المناعة، ومع ذلك كانت تتمتع بروح معنوية عالية وتقبل ورضا نفسي ملحوظ رغماً عن معاناتها الصحية، وكانت تصر على طلب المزيد من القراءة حيث كانت تمثل لها سلوى أثناء العلاج وتشغلها بعيداً عن التفكير في الإرهاق وآلام المرض والعلاج، وما تسببه جرعات العلاج الكيماوي أحياناً من دوار ورغبة في القيء، كما أكد والد الطفلة باعتباره مرافقها في رحلة علاجها على إصرارها على شغل نفسها بالقراءة، كما كانت تجيد إدراك الهدف من القصة وتحرص على المناقشة في كل ما تقرأه، وقد يرجع ذلك إلى بيئة الطفلة باعتبارها من الأماكن الريفية بالصعيد مما يجعلها قادرة على المزيد من التحمل إذا ما قورنت بأقرانها من جنسها وعمرها من المناطق الحضرية أو الساحلية.

## رابعاً: تحليل بيانات مقياس القلق

يوضح الجدولان والشكل التالي:

الجدول رقم (8) و(9) والشكل رقم (6) عدد المجيبين بـ (نعم) وعدد المجيبين بـ(لا) على كل سؤال من أسئلة قياس القلق، القبلي والبعدي والنسبة المئوية لكل سؤال مع بعض الدلالات من خلال هذا التحليل.

**جدول رقم ( 8 )**

**عدد المجيبين بـ (نعم) علي مقياس القلق قبل القراءة وبعدها والنسبة المئوية**

| م | نعم قبلي | النسبة المئوية % | نعم بعدي | النسبة المئوية % | م | نعم قبلي | النسبة المئوية % | نعم بعدي | النسبة المئوية % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ١٨ | ٣٠ | ١١ | ١٨ | ٢٨ | ٤٥ | ٧٥ | ٤٥ | ٧٥ |
| ٢ | ٢١ | ٣٥ | ١٩ | ٣٢ | ٢٩ | ٤٦ | ٧٧ | ٤٢ | ٧٠ |
| ٣ | ٤٤ | ٧٣ | ٤١ | ٦٨ | ٣٠ | ٣٦ | ٦٠ | ٢٨ | ٤٧ |
| ٤ | ٣٠ | ٥٠ | ٣٠ | ٥٠ | ٣١ | ٣٩ | ٦٥ | ٢٠ | ٣٣ |
| ٥ | ٤٦ | ٧٧ | ٤٤ | ٧٣ | ٣٢ | ٣٥ | ٥٨ | ١٤ | ٢٠ |
| ٦ | ٤٤ | ٧٣ | ٢٨ | ٤٧ | ٣٣ | ٤٣ | ٧٢ | ٤٤ | ٧٣ |
| ٧ | ٢٩ | ٤٨ | ٢ | ٣ | ٣٤ | ٤٧ | ٧٨ | ٤٢ | ٧٠ |
| ٨ | ٥٤ | ٩٠ | ٥٠ | ٨٣ | ٣٥ | ٥٣ | ٨٨ | ٥٢ | ٨٧ |
| ٩ | ٢٥ | ٤٢ | ١٤ | ٢٣ | ٣٦ | ٣٤ | ٥٧ | ١٩ | ٣٢ |
| ١٠ | ١٥ | ٢٥ | ١٦ | ٢٧ | ٣٧ | ١١ | ١٨ | ٥ | ٨ |
| ١١ | ٤٠ | ٦٧ | ٢٦ | ٤٣ | ٣٨ | ٣٠ | ٥٠ | ٢٥ | ٤٢ |
| ١٢ | ١٨ | ٣٠ | ١٣ | ٢٢ | ٣٩ | ٣٦ | ٦٠ | ٣٣ | ٥٥ |
| ١٣ | ١٣ | ٢٢ | ٣ | ٥ | ٤٠ | ٤٦ | ٤٣ | ٢٠ | ٣٣ |
| ١٤ | ١٣ | ٢٢ | ٦ | ١٠ | ٤١ | ٨ | ١٣ | ٧ | ١٢ |
| ١٥ | ٤٥ | ٧٥ | ٤١ | ٦٨ | ٤٢ | ٣٠ | ٥٠ | ١٣ | ٢٢ |
| ١٦ | ٤٩ | ٨٢ | ٤ | ٧ | ٤٣ | ٢١ | ٣٥ | ٨ | ١٣ |
| ١٧ | ٥١ | ٨٥ | ٤٠ | ٦٧ | ٤٤ | ٣٨ | ٦٣ | ٢٨ | ٤٧ |
| ١٨ | ٩ | ١٥ | ٥ | ٨ | ٤٥ | ٣٣ | ٥٥ | ١٤ | ٢٣ |
| ١٩ | ٣٧ | ٦٢ | ١٨ | ٣٠ | ٤٦ | ٥٣ | ٨٨ | ٥٠ | ٨٣ |
| ٢٠ | ٣٧ | ٦٢ | ٣٢ | ٥٣ | ٤٧ | ٣٩ | ٦٥ | ٣٧ | ٦٢ |
| ٢١ | ٢٧ | ٤٥ | ٢١ | ٣٥ | ٤٨ | ٣٥ | ٥٨ | ٢٩ | ٤٨ |
| ٢٢ | ٢٧ | ٤٥ | ١٢ | ٢٠ | ٤٩ | ٥٤ | ٩٠ | ٥٥ | ٩٢ |
| ٢٣ | ١٧ | ٢٨ | ٦ | ١٠ | ٥٠ | ٣٥ | ٥٨ | ١٥ | ٢٥ |
| ٢٤ | ٢٠ | ٣٣ | ٩ | ١٥ | ٥١ | ٣٦ | ٦٠ | ٢٧ | ٤٥ |
| ٢٥ | ٣٣ | ٥٥ | ٣٠ | ٥٠ | ٥٢ | ٢٧ | ٤٥ | ١٨ | ٣٠ |
| ٢٦ | ٢٣ | ٣٨ | ١١ | ١٨ | ٥٣ | ٤٨ | ٨٠ | ٣٤ | ٥٧ |
| ٢٧ | ٣٢ | ٥٣ | ٢٩ | ٤٨ | XX | XX | XX | XX | XX |

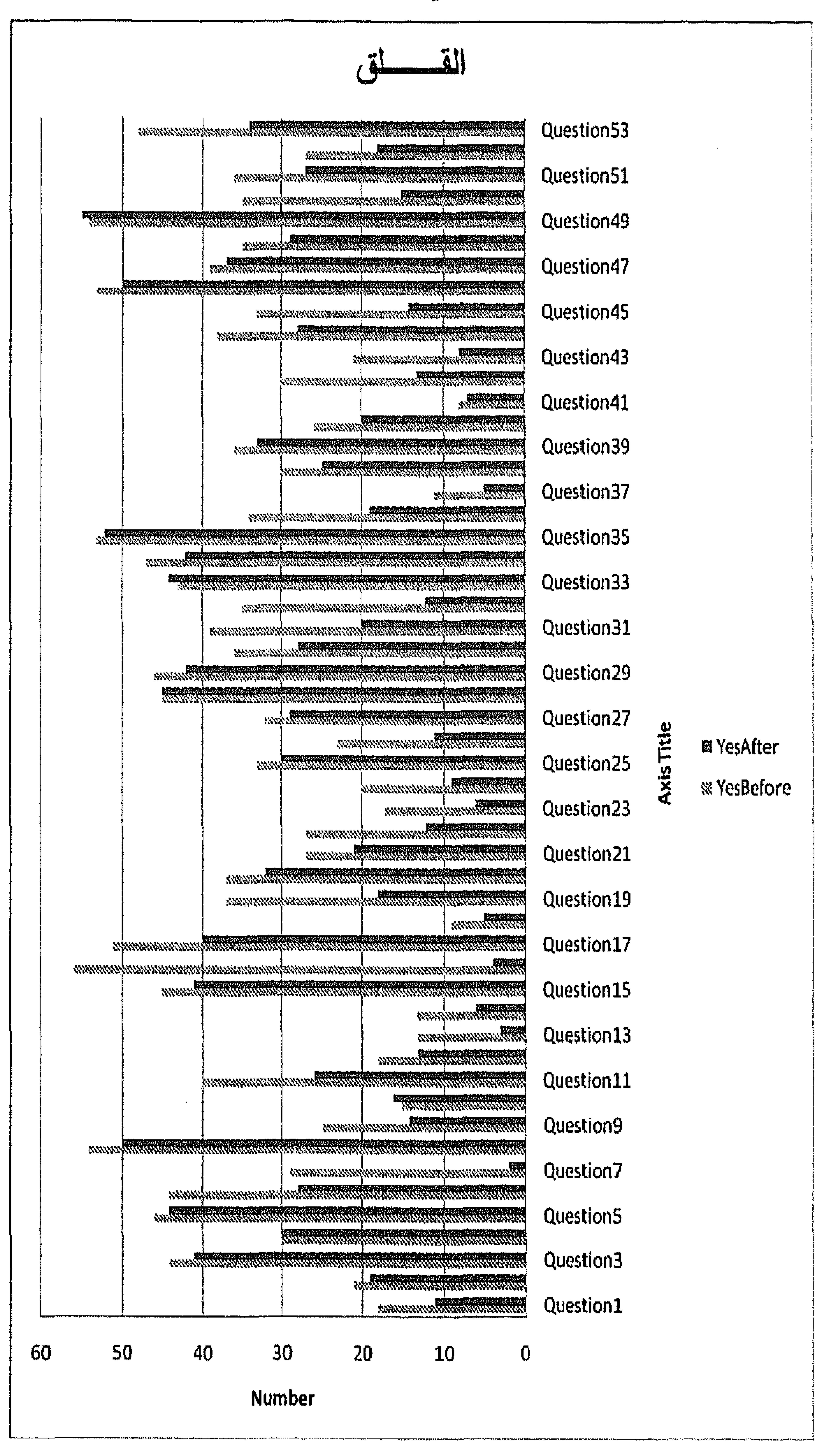
## جدول رقم ( 9 )

عدد المجيبين بـ (لا) على مقياس القلق قبل القراءة وبعدها والنسبة المئوية

| م | لا قبلي | النسبة المئوية % | لا بعدي | النسبة المئوية % | م | لا قبلي | النسبة المئوية % | لا بعدي | النسبة المئوية % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١ | ٤٢ | ٧٠ | ٤٩ | ٧٢ | ٢٨ | ١٥ | ٢٥ | ١٥ | ٢٥ |
| ٢ | ٣٩ | ٦٥ | ٤١ | ٦٨ | ٢٩ | ١٤ | ٢٣ | ١٨ | ٣٠ |
| ٣ | ١٦ | ٢٧ | ١٩ | ٣٢ | ٣٠ | ٢٤ | ٤٠ | ٣٢ | ٥٣ |
| ٤ | ٣٠ | ٥٠ | ٣٠ | ٥٠ | ٣١ | ٢١ | ٣٥ | ٤٠ | ٦٧ |
| ٥ | ١٤ | ٢٣ | ١٦ | ٢٧ | ٣٢ | ٢٥ | ٤٢ | ٤٦ | ٧٧ |
| ٦ | ١٦ | ٢٧ | ٣٢ | ٥٣ | ٣٣ | ١٧ | ٢٨ | ١٦ | ٢٧ |
| ٧ | ٣١ | ٥٢ | ٥٨ | ٩٧ | ٣٤ | ١٣ | ٢٢ | ١٨ | ٣٠ |
| ٨ | ٦ | ١٠ | ١٠ | ١٧ | ٣٥ | ٧ | ١٢ | ٨ | ١٣ |
| ٩ | ٣٥ | ٥٨ | ٤٦ | ٧٧ | ٣٦ | ٢٦ | ٤٣ | ٤١ | ٦٨ |
| ١٠ | ٤٥ | ٧٥ | ٤٤ | ٧٣ | ٣٧ | ٤٩ | ٨٢ | ٥٥ | ٩١ |
| ١١ | ٢٠ | ٣٣ | ٣٤ | ٥٧ | ٣٨ | ٣٠ | ٥٠ | ٣٥ | ٥٨ |
| ١٢ | ٤٢ | ٧٠ | ٤٧ | ٧٨ | ٣٩ | ٢٤ | ٣٨ | ٢٧ | ٤٥ |
| ١٣ | ٤٧ | ٧٨ | ٥٧ | ٩٥ | ٤٠ | ١٤ | ٢٣ | ٤٠ | ٦٧ |
| ١٤ | ٤٧ | ٧٨ | ٥٤ | ٧٥ | ٤١ | ٥٢ | ٨٧ | ٥٣ | ٨٨ |
| ١٥ | ١٥ | ٢٥ | ١٩ | ٣٢ | ٤٢ | ٣٠ | ٥٠ | ٤٧ | ٧٨ |
| ١٦ | ١١ | ١٨ | ٥٦ | ٩١ | ٤٣ | ٣٩ | ٦٥ | ٥٢ | ٨٧ |
| ١٧ | ٩ | ١٥ | ٢٠ | ٣٣ | ٤٤ | ٢٢ | ٣٧ | ٣٢ | ٥٣ |
| ١٨ | ٥١ | ٨٥ | ٥٥ | ٩١ | ٤٥ | ٢٧ | ٤٥ | ٤٦ | ٧٧ |
| ١٩ | ٢٣ | ٣٨ | ٤٢ | ٧٠ | ٤٦ | ٧ | ١٢ | ١٠ | ١٧ |
| ٢٠ | ٢٣ | ٣٨ | ٢٨ | ٤٧ | ٤٧ | ٢١ | ٣٥ | ٢٣ | ٣٨ |
| ٢١ | ٣٣ | ٥٥ | ٣٩ | ٦٥ | ٤٨ | ٢٥ | ٤٢ | ٣١ | ٥٢ |
| ٢٢ | ٣٣ | ٥٥ | ٤٨ | ٨٠ | ٤٩ | ٦ | ١٠ | ٥ | ٨ |
| ٢٣ | ٤٣ | ٧٢ | ٥٤ | ٧٥ | ٥٠ | ٢٥ | ٤٢ | ٤٥ | ٧٥ |
| ٢٤ | ٤٠ | ٦٧ | ٥١ | ٨٥ | ٥١ | ٢٤ | ٤٠ | ٣٣ | ٥٥ |
| ٢٥ | ٢٧ | ٤٥ | ٣٠ | ٥٠ | ٥٢ | ٣٣ | ٥٥ | ٤٢ | ٧٠ |
| ٢٦ | ٣٧ | ٦٢ | ٤٩ | ٨٢ | ٥٣ | ١٢ | ٢٠ | ٢٦ | ٤٣ |
| ٢٧ | ٢٨ | ٤٧ | ٣١ | ٥٢ | XX | XX | XX | XX | XX |

شكل رقم ( 6 )

عدد المجيبين بـــ (نعم) وعدد المجيبين بـــ (لا) على كل سؤال من أسئلة قياس القلق، القبلي والبعدي



يتضح من الجدولين السابقين رقم (8) و(9) والشكل رقم (6) عدد المجيبين بـ (نعم) و(لا) على أسئلة مقياس القلق قبل القراءة وبعدها، وقد لوحظ الآتي :

**١. ثبات عدد المجيبين بـ (نعم) قبل القراءة وبعدها:**

وفي الأسئلة الرابع، والثامن والعشرين، والتاسع والأربعين وصياغتها كالتالي:

4 - وجهي يحمر بسرعة.

28 - مشاعري تنجرح بسهولة.

49 - من الحاجات الكويسة إن الواحد يحصل على درجات عالية في المدرسة.

أجاب بنعم على السؤال الرابع قبل القراءة وبعدها، ثلاثون طفلاً بنسبة خمسين بالمائة، وعلى السؤال الثامن والعشرين خمسة وأربعون طفلاً بنسبة خمسة وسبعين بالمائة، بينما أجاب على السؤال التاسع والأربعين أربعة وخمسون طفلاً بنسبة تسعين بالمائة، ومهما كانت نسبة الإجابة على كل سؤال فإن عدد المجيبين بنعم ظل بعد القراءة كما هو، وبالنظر إلى طبيعة الأسئلة نجد أن السؤالين الرابع والثامن والعشرين يتعلقان بقوة الشخصية والثقة بالنفس، والإجابة عليهما بـ (نعم) يعني توتر وعدم ثقة بالنفس، ويزيد من رصيد الطفل كمؤشر للقلق، وهذه الأمور تتعلق بشخصية الطفل التي من الصعب تعديلها بعدة قراءات خلال فترة زمنية محدودة بتطبيق برنامج العلاج بالقراءة، ولكنها تحتاج إلى مزيد من الوقت والقراءات المتعددة على فترات مختلفة للتأثير النفسي على الطفل للحد من هذه الظواهر السلبية بالشخصية.

أما السؤال التاسع والأربعون والذي وصل عدد الإجابات عليه بـ (نعم) قبل القراءة وبعدها أكثر من تسعين بالمائة، فإنه يعد ظاهرة إيجابية من الأطفال، إذ إن هناك شعوراً بالمسئولية تجاه التعليم وضرورة التفوق الدراسي، وهو موجود لدى معظم الأطفال، ويتعاظم أهميته للأطفال المرضى لشعورهم بعجزهم عن تمكنهم من المتابعة الدراسية نتيجة وجودهم وإقامتهم بالمستشفى منذ بداية مرضهم، وهذا الإحساس بالعجز عن المتابعة الدراسية كسائر زملائهم يجعلهم يشعرون أكثر بأهمية المتابعة والحصول على درجات عالية.

ومن خلال متابعة المعالج بالقراءة للحالات اتضح أن معظم الأطفال رغماً عن مرضهم وإقامتهم بالمستشفى، حريصون على المتابعة الدراسية التي توفرها المستشفى

لهم، وكذلك اللجان الخاصة المنعقدة من أجلهم، وهناك العديد من الحالات التي نجحت بتفوق من داخل اللجان الخاصة بالمستشفى أثناء تناول جرعات العلاج الكيماوي، مما يدل على إصرار هؤلاء الأطفال وقدرتهم على تحدي المرض إذا ما توافرت لهم الإمكانات، وبما أن الإجابة بنعم كانت قبل وبعد القراءة فإنه لا شك أن للقراءة أهمية بالغة في التحفيز الدائم لهم على ضرورة متابعة أمورهم الحياتية بشكل طبيعي، وأن الكثيرين من العلماء والفنانين كانوا بارعين ومتألقين رغماً عن إعاقاتهم المختلفة، وهذا هو دور العلاج بالقراءة في هذا السبيل.

**٢. ثبات عدد المجيبين بـ (لا) قبل القراءة وبعدها:**

بالرجوع إلى السؤال الثاني، والثالث والثلاثين، والخامس والثلاثين والتي كانت صياغتها كالتالي:

2 – أبقى عصبي لما يلاحظني حد وأنا بشتغل.

33 – يقلقني إني إزاي أكون كويس في المدرسة.

35 – مشاعري تتجرح بسهولة لما حد يوبخني أو يؤنبني.

نجد أن السؤال الثاني قام بالإجابة عليه بـ (لا) تسعة وثلاثون طفلاً قبل القراءة وواحد وأربعون بعد القراءة بمتوسط أربعين طفلاً بنسبة سبعة وستين بالمائة، وهذا يعني أن ثلثي الحالات المتضمنة بالتجربة ليسوا مترددين أو ضعاف الشخصية نظراً لعدم اكتراثهم بمتابعة الآخرين لهم وهم يؤدون أعمالهم وواجباتهم، ونظراً لأن الشخصية لها سمات ثابتة لا تتغير بسهولة، فإننا نجد أن نسبة الإجابات ثابتة قبل القراءة وبعدها، وأن القراءة الموجهة يكون لها هنا دور المساعد على تقوية الشخصية مما يساعدها على أن تكون أكثر ثقة وثباتاً.

أما السؤال الثالث والثلاثون فعدد المجيبين عليه سبعة عشر بنسبة ثمانية وعشرين بالمائة، ويتعلق بمدى الاهتمام بالعملية التعليمية وتفوقه بالمدرسة، وقد سبق التعرض لأهمية المدرسة والتفوق بالنسبة للأطفال خلال تحليل السؤال التاسع والأربعين، ومدى إصرار الأطفال على التفوق تحدياً منهم لحالة المرض والضعف التي يتعرضون لها ليثبتوا لذويهم أنهم مثل إخوانهم الأصحاء، ويتضح ذلك من خلال المتابعة المدرسية داخل المستشفى.

أما السؤال الخامس والثلاثون فعدد المجيبين عليه بـ (لا) سبعة أطفال، وهذا مؤشر لأن قلة قليلة من الأطفال هم الذين لا يتأثرون بالتوبيخ والتأنيب، ومن الطبيعي أن هذه المرحلة المرضية والتي يشعر فيها الطفل بالضعف، وأنه يختلف عن أقرانه وعن وضعه الطبيعي قبل الإصابة بالمرض تجعله من الحساسية بالقدر المؤثر بشكل مبالغ فيه تجاه كل من حوله. لذا تظهر أهمية العلاج بالقراءة لتغيير بعض المفاهيم لديه، والتأكيد في العديد من القراءات على أن المرض من الطبيعي أن يصيب أي شخص، ولكن لا يؤثر على مشاركته في مختلف مناحي الحياة مع التدليل بذلك على بعض الشخصيات المعروفة على مستوى العالم من الذين لديهم إصابات، ولم يؤثر ذلك في عطائهم وتميزهم مثل "طه حسين" و"برايل" و"هيلين كيلر" وغيرهم من المشاهير.

**٣. أسئلة مجاب عليها بـ (نعم) قبل و(لا) بعد القراءة:**

بالعودة إلى السؤالين السابع عشر، والثالث والخمسين واللذين كانت صياغتهما كالتالي:

17 – أنا دايماً طيب.

53 – في الغالب باكون مشغول وقلقان من أي شيء وحش هيحصللي.

وجد أن السؤال السابع عشر أجاب عليه واحد وخمسون طفلاً بالإيجاب قبل القراءة، بينما كانت الإجابة بـ (لا) بعد القراءة لعشرين طفلاً، مما يدلل على انخفاض عدد المجيبين على نفس السؤال بـ (نعم) بعد القراءة بنسبة ثمانية عشر بالمائة بواقع أحد عشر طفلاً، وكذلك السؤال الثالث والخمسون، أجاب عليه بـ (نعم) قبل القراءة ثمانية وأربعون طفلاً، بينما أجاب عليه بـ (لا) بعد القراءة ستة وعشرون طفلاً، مما يدلل على انخفاض عدد المجيبين بـ (نعم) بعد القراءة بواقع أربعة عشر طفلاً بنسبة ثلاثة وعشرين بالمائة، ونظراً لأن الإجابة بـ (نعم) على هذين السؤالين تزيد من رصيد الطفل في شعوره بالقلق، فإن هذا يعني أن القراءة لها دور إيجابي في سبيل تخفيف حدة القلق والتوتر لدى الأطفال وشعورهم بالاطمئنان، والثقة بالنفس، وأنهم ليسوا ضعفاء أو أقل من أترابهم، وعدم قلقهم من هاجس المخاطر التي يمكن أن تحدث لهم جراء مرضهم.

**٤. أسئلة مجاب عليها بـ (لا) قبل القراءة و(نعم) بعدها:**

بالرجوع إلى السؤال التاسع والأربعين، وصياغته كالتالي:

49 – من الحاجات الكويسة إن الواحد يحصل على درجات عالية في المدرسة.

نجد أن عدد المجيبين بـــ (لا) قبل القراءة أربعة وخمسون طفلاً، بينما أجاب عليه بـــ (نعم) بعد القراءة خمسة وخمسون طفلاً، مما يدلل على انخفاض نسبة عدد المجيبين بـــ (لا) بعد القراءة إلى تسعة وأربعين طفلاً بنسبة اثنين وثمانين بالمائة، ونظراً لأن الإجابة بـــ (لا) تزيد من رصيد الطفل في شعوره بالقلق، خلافاً لجميع الأسئلة عدا هذا السؤال والسؤال العاشر، فإن هذا يعني ارتفاع عدد المجيبين بـــ (لا) بعد القراءة إلى خمسة وخمسين طفلاً ويوضح مدى التأثير الإيجابي للقراءة لديهم في تخفيف حدة القلق الذي كانوا يشعرون به قبل تعرضهم لبرنامج العلاج بالقراءة .

**خامساً: الاكتئاب**

يوضح الجدولان والشكل التالي:

جدول رقم (10)، (11)، وكذلك الشكل رقم (7) درجة الاكتئاب لدى الأطفال قبل القراءة وبعدها والنسبة المئوية لكل منهما.

**جدول رقم (10)**

**درجة الاكتئاب لدى الأطفال قبل القراءة ونسبتها**

| ـــ | لا يوجـد | معتـدل | متوسـط | شـديد |
|---|---|---|---|---|
| درجة الاكتئاب قبل القراءة | 0 | 4 | 35 | 21 |
| النسبـة % | 0 | ٧ | 58 | 35 |

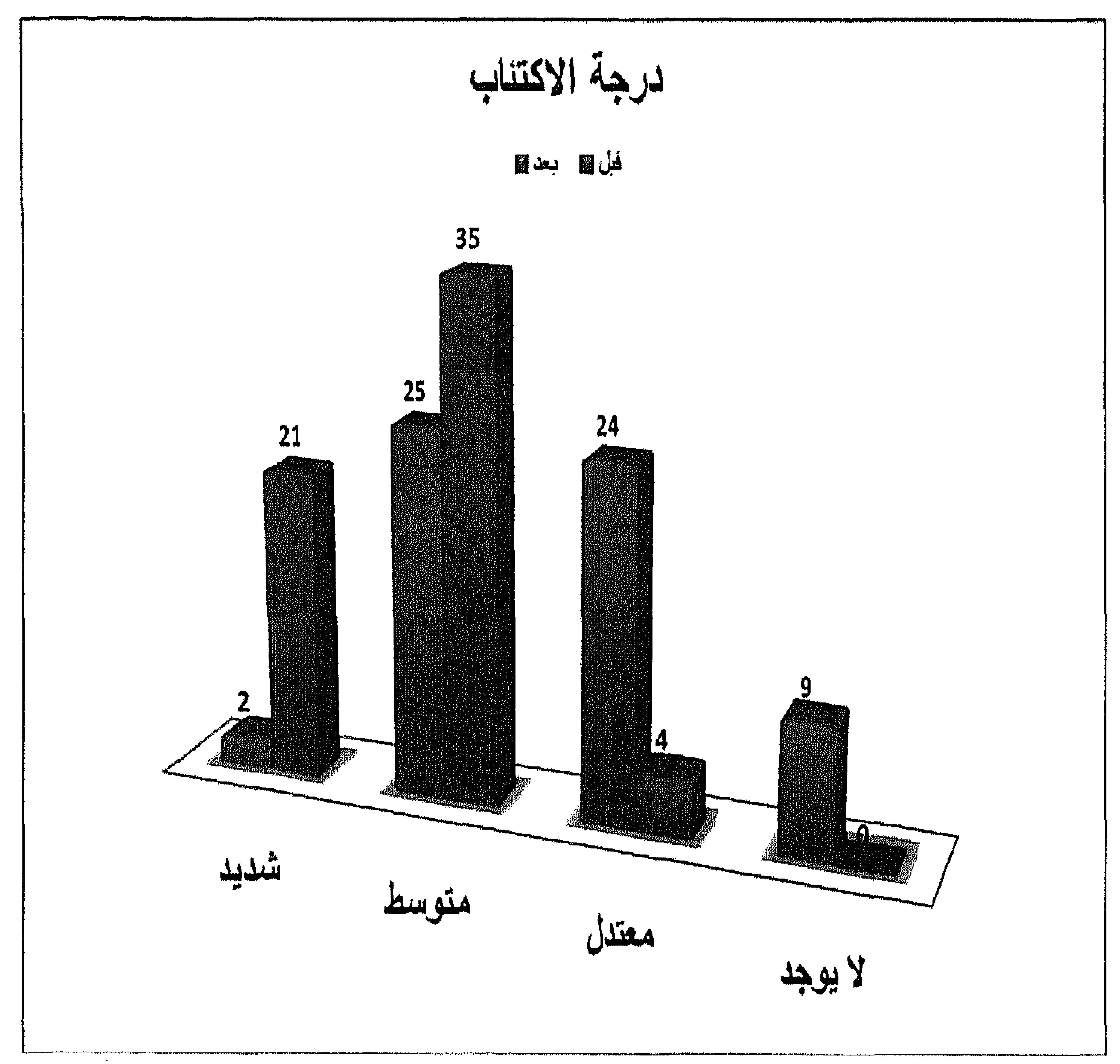
**جدول رقم (١١)**

**درجة الاكتئاب لدى الأطفال بعد القراءة ونسبتها**

| ـــ | لا يوجـد | معتـدل | متوسـط | شديـد |
|---|---|---|---|---|
| درجة الاكتئاب بعد القراءة | 9 | 24 | 25 | 2 |
| النسبـة % | 15 | 40 | 42 | 3 |

شكل رقم ( 7 )

درجة الاكتئاب لدى الأطفال قبل القراءة وبعدها




يتضح من الجدولين السابقين رقم (10)، (11) والشكل رقم (7) مستوى الاكتئاب لدى الأطفال قبل إجراء التجربة وبعدها، وقد اختلفت درجات الاكتئاب وقسمت إلى أربع فئات، الفئة الأولى لا يوجد قلق، والثانية معتدل، والثالثة متوسط، أما الفئة الرابعة فهي شديد الاكتئاب، وقد تحددت لكل فئة درجات لبداية ونهاية الفئة وفقاً لما حددته المقاييس.

وأوضحت مرحلة ما قبل إجراء تجربة العلاج بالقراءة عدم وجود حالة واحدة خالية من الاكتئاب، ووجود أربع حالات معتدلة بنسبة ٧%، وخمس وثلاثين حالة متوسطة الاكتئاب بنسبة ٥٨%، بينما بلغ عدد الحالات شديدة الاكتئاب إحدى وعشرين

حالة بما يمثل ٣٥%، وعلى الجانب الآخر بعد إجراء تجربة العلاج بالقراءة الموجهة اختلفت المقاييس إلى تسع حالات لا يوجد بها اكتئاب بنسبة ١٥%، وأربع وعشرين حالة معتدلة بنسبة ٤٠%، وخمس وعشرين حالة متوسطة الاكتئاب بما يمثل ٤٢%، بينما بلغت عدد الحالات شديدة الاكتئاب حالتين فقط بنسبة ٣%. وبذلك يتضح من عدد الحالات وتوزيعها على الفئات الأربع للاكتئاب وما أثبتته النتائج باستخدام اختبار ويلكوكسون الإحصائي وباستخدام برنامج SPSS "الباقة الإحصائية للعلوم الاجتماعية" الإصدارة السابعة عشرة أن العلاج بالقراءة الموجهة بالحدود والخطوات الموضحة سابقاً ضمن إجراءات التجربة العملية له تأثير إيجابي نحو الإقلال من حدة الاكتئاب التي يعاني منها الأطفال أثناء فترة المرض وتناول العلاج على اختلاف أنواعه.

**وبتحليل المؤشر الإحصائي السابق يتضح لنا الآتي:**

اختلاف المؤشرات الرقمية لكل حالة من حالات الاكتئاب في مرحلة ما بعد القراءة عن مرحلة ما قبل القراءة، فنجد أن الفئة الأولى وهي (لا يوجد اكتئاب) لا يقع تحتها حالة واحدة في مرحلة ما قبل القراءة، بينما في مرحلة ما بعد القراءة شملت تسع حالات، ونجد أن الفئة التي أصبحت لا يوجد بها اكتئاب بعد القراءة قد انخفضت خمس حالات منها من الفئة المتوسطة بواقع انخفاض يتراوح من أربع درجات وصولاً إلى تسع درجات حيث كان الانخفاض من درجة عالية بالفئة المتوسطة مروراً بالفئة المعتدلة ووصولاً للفئة معدومة الاكتئاب، بينما انخفضت أربع حالات منها من الفئة المعتدلة بمعدل انخفاض أقل في الدرجات يبدأ من درجتين فقط ويصل إلى أربع درجات، وهو معدل انخفاض بسيط رغماً عن أنه كان سبباً في الانتقال من مدلول فئة لأخرى أقل منها.

أما الفئة الثانية وهي ذات الاكتئاب المعتدل فنجد أنها في مرحلة ما قبل القراءة كانت أربع حالات فقط، بينما وصلت في مرحلة ما بعد القراءة إلى أربع وعشرين حالة بزيادة مقدارها عشرون حالة وهي نسبة جيدة في سبيل انخفاض معدلات الاكتئاب من فئات أعلى إلى فئة الاعتدال، كذلك الفئة الثالثة متوسطة الاكتئاب نجد أنها قلت في مرحلة ما بعد القراءة عن مرحلة ما قبل القراءة من خمس وثلاثين إلى خمس وعشرين حالة بانخفاض مقداره عشر حالات، وهذا مؤشر إيجابي حيث إن هذه الحالات انتقلت من الفئة المتوسطة إلى الفئات الأقل منها وهي المعتدلة والفئة التي لا يوجد بها اكتئاب.

أما الفئة الرابعة وهي ذات الاكتئاب الشديد فقد كانت قبل القراءة إحدى وعشرين حالة، بينما هبطت إلى حالتين فقط بعد العلاج بالقراءة بانخفاض مقداره تسع عشرة حالة مما يؤكد السير في الطريق الإيجابي نحو معدلات أقل للاكتئاب.

وقد لاحظ القائم على العلاج بالقراءة أن هناك بعض المعدلات الرقمية التي تستحق الدراسة والتفصيل وهي:

**١. معدلات ارتفاع حدة الاكتئاب أو ثباته :**

تبين أن هناك حالتين ضمن معدلات الارتفاع والثبات، الأولى الحالة الخامسة والثلاثون بقاعدة بيانات الدراسة، قد انتقلت من الفئة متوسطة الاكتئاب صعوداً إلى الفئة الأعلى وهي شديدة الاكتئاب، أي من تسع درجات في مرحلة ما قبل القراءة إلى سبع عشرة درجة في مرحلة ما بعد القراءة بزيادة مقدارها ثماني درجات.

كما تبين أن الحالة الأولى التي ارتفعت بها حدة الاكتئاب مع زيادة في معدل الدرجات هي نفس الحالة التي ارتفعت فيها نسبة القلق من متوسط إلى مرتفع بزيادة تسع درجات، وهي لولد من الفئة العمرية الأولى (أحد عشر عاماً) وتشخيصه المرضي لوكيميا الدم أو إبيضاض الدم الليمفاوي الحاد، فقد كانت الحالة مستقرة حتى إجراء القياسات القبلية وإجراء التجربة ومتابعتها وتحسنت الحالة، ولكن تدهور مستوى المناعة فيما بعد أدى إلى تدهور الحالة الصحية، الأمر الذي أدى به إلى دخول العناية المركزة، مما أفقده الثقة في الشفاء والرضى الذي يجعل لديه القدرة على الاستمرار في أداء الأنشطة الإيجابية.

وقد تم الاستمرار في متابعة الحالة بتجديد تجربة العلاج بالقراءة الموجهة بعد بداية تحسن حالة الطفل، وقد اختلفت تماماً الإجابات على القياسات عن سابقتها بشكل إيجابي، وقلت حدة الاكتئاب لديه بشكل واضح، ولكن كان القصد من ذلك هو تدوين النتائج قبل تكرار التجربة لبيان أهمية الظروف المحيطة بالحالة وتأثيرها على مجريات التجربة، وكذلك التأكيد على أن العلاج بالقراءة عملية مستمرة لا تتوقف بمجرد تحسن الحالة فتنتكس مرة أخرى ولا تتوقف لتدهورها واليأس من تحسنها، بل ينبغي متابعة الحالة واستغلال الوقت المناسب للمحاولة

مرة أخرى. أما الحالة الثانية فهي الحالة السادسة والخمسون بقاعدة بيانات الدراسة، وهي لبنت في المرحلة العمرية الثانية (أربعة عشر عاماً) وتشخيصها المرضي "أورام ولمز" الكلوية، وقد ثبتت في الفئة شديدة الاكتئاب مع انخفاض من إحدى وعشرين درجة في مرحلة ما قبل القراءة إلى ست عشرة درجة في مرحلة ما بعد القراءة بانخفاض مقداره خمس درجات وهو مؤشر إيجابي نحو التحسن، وإن كان لم يغير المدلول حيث ظلت في الفئة شديدة الاكتئاب، بينما انخفض مستوى القلق لديها من "مرتفع" بمقدار سبع وثلاثين درجة إلى متوسط بمقدار ست وعشرين درجة بانخفاض مقداره إحدى عشرة درجة، مما يؤكد أن هناك تحسناً بشكل عام في ظاهرتي القلق والاكتئاب.

**٢. معدلات انخفاض محدود للاكتئاب:**

بالرجوع لقاعدة بيانات الدراسة يتضح لنا أن هناك بعض الحالات التي ينخفض حدة الاكتئاب لديها بشكل محدود للغاية، حتى أن هناك حالات لا يتعدى مقدار الانخفاض درجة أو درجتين على الأكثر، ففي الحالة الحادية والعشرين بقاعدة بيانات الدراسة، وهي بنت من المرحلة العمرية الثانية (ثلاثة عشر عاماً)، انخفضت درجة الاكتئاب لديها من ست عشرة درجة إلى خمس عشرة درجة فتحولت من الفئة شديدة الاكتئاب إلى اكتئاب متوسط، وفي الحالتين السادسة عشرة، وهي لولد من المرحلة العمرية الأولى (تسع سنوات) والسابعة والعشرين، وهي بنت من المرحلة العمرية الأولى (أحد عشر عاماً) هبطت لديهما الدرجة من ثماني إلى سبع درجات ليتغير المدلول من اكتئاب متوسط إلى معتدل، وهكذا قد تكون درجة الانخفاض الواحدة أو الاثنتين سبباً في تغير المدلول فتتحول من اكتئاب شديد إلى متوسط أو من اكتئاب متوسط إلى معتدل مما يؤكد أن اختلاف المدلول من حالة إلى حالة أقل لا يعني بالضرورة انخفاض ملحوظ في الدرجة، ولكنه دليل على أننا نسير في الطريق الإيجابي نحو الإقلال من حدة الاكتئاب.

**٣. معدلات انخفاض ملحوظ للاكتئاب:**

وعلى النقيض نجد أن هناك بعض الحالات التي تنخفض فيها حدة الاكتئاب بشكل ملحوظ والذي تراوحت درجة انخفاضه من خمس عشرة درجة إلى ثماني عشرة درجة.

فقد انخفضت درجة الاكتئاب لدى الحالة السادسة بقاعدة بيانات الدراسة، وهي بنت من المرحلة العمرية الأولى (أحد عشر عاماً) بمقدار خمس عشرة درجة، وبذلك تكون قد انخفضت من الفئة شديدة الاكتئاب للفئة معتدلة الاكتئاب وقد تجاوزت بهذا الهبوط فئة الاكتئاب المتوسط، بينما نجد أن الحالة السابعة بقاعدة بيانات الدراسة، وهي لولد من المرحلة العمرية الأولى أيضاً (اثنا عشر عاماً) انخفضت درجة الاكتئاب لديه بمقدار ثماني عشرة درجة، وبذلك يكون قد انخفض من الفئة شديدة الاكتئاب أيضاً إلى الفئة متوسطة الاكتئاب، فهي رغماً عن أن نسبة الانخفاض بها أكثر من الحالة السابقة في الدرجات فإنها لم تنخفض سوى فئة واحدة، بينما الحالة السادسة قد انخفضت حدة الاكتئاب بها عددًا أقل في الدرجات إلا أنها قد انخفضت بمقدار فئتين، من شديد إلى معتدل مروراً بالاكتئاب المتوسط، أما الثالثة فهي الحالة التاسعة بقاعدة بيانات الدراسة، وهي لولد من المرحلة العمرية الثانية (خمسة عشر عاماً) وانخفضت حدة الاكتئاب لديه بمقدار سبع عشرة درجة، وبذلك يكون قد انخفض فئتين، من الفئة شديدة الاكتئاب إلى فئة الاكتئاب المعتدل متجاوزاً بذلك فئة الاكتئاب المتوسط، وهذا يؤكد فعالية العلاج بالقراءة وقدرتها على خفض حدة التوتر من قلق واكتئاب طالما تسبقها خطوات منطقية وإعداد جيد يساعد على تنفيذها بشكل صحيح وبالتالي نجاحها والوصول للنتائج المرجوة منها.

## سادساً: تحليل بيانات مقياس الاكتئاب

توضح الجداول الثلاثة والأشكال البيانية الثلاثة التالية:

الجداول رقم (12)، (13)، (14) والأشكال رقم (8)، (9)، (10) عدد المجيبين بالاختيار الأول، أو الثاني، أو الثالث على كل سؤال من أسئلة مقياس الاكتئاب للصغار قبل القراءة وبعدها، والنسب المئوية لكل اختيار، مع بعض الدلالات من خلال التحليل التالي:

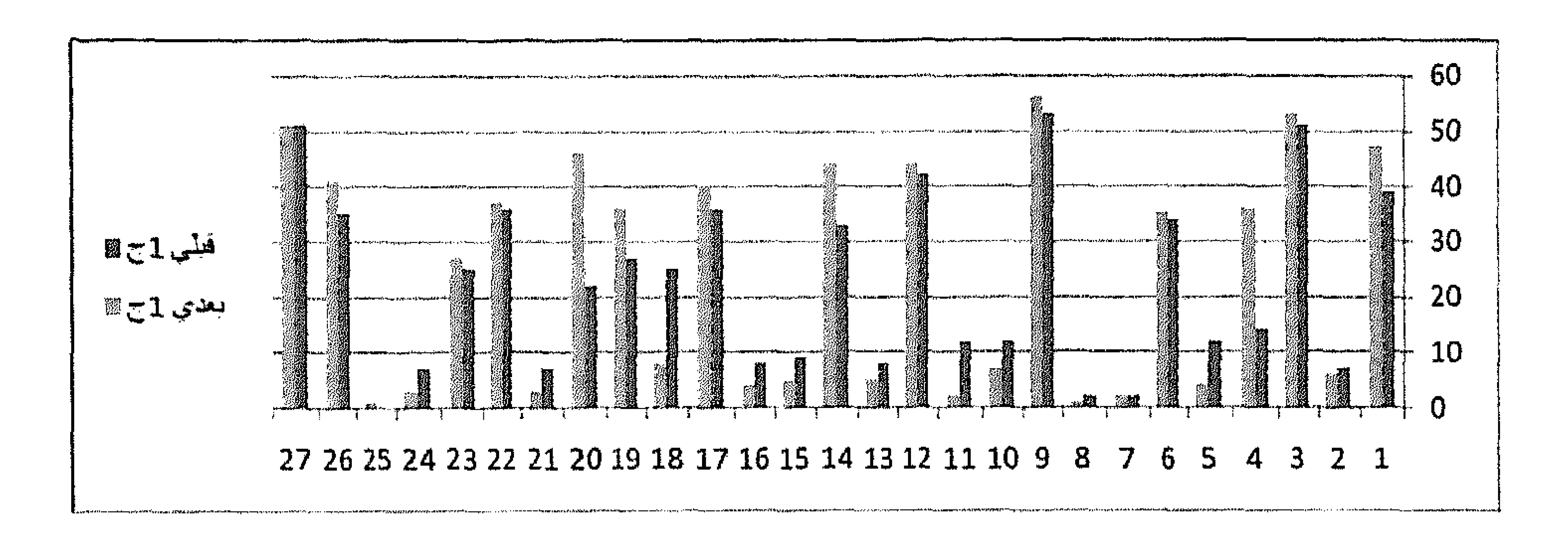
## جدول رقم ( 12 )

عدد المجيبين على الاختيار الأول لأسئلة مقياس الاكتئاب قبل القراءة وبعدها والنسبة المئوية

| | اختيار١ قبلي | النسبة المئوية % | اختيار ١ بعدي | النسبة المئوية % |
|---|---|---|---|---|
| ١ | ٣٩ | ٦٥ | ٤٧ | ٧٨ |
| ٢ | ٧ | ١٢ | ٦ | ١٠ |
| ٣ | ٥١ | ٨٥ | ٥٣ | ٨٨ |
| ٤ | ١٤ | ٢٣ | ٣٦ | ٦٠ |
| ٥ | ١٢ | ٢٠ | ٤ | ٧ |
| ٦ | ٣٤ | ٥٧ | ٣٥ | ٥٨ |
| ٧ | ٢ | ٣ | ٢ | ٣ |
| ٨ | ٢ | ٣ | ١ | ٢ |
| ٩ | ٥٣ | ٨٨ | ٥٦ | ٩٣ |
| ١٠ | ١٢ | ٢٠ | ٧ | ١٢ |
| ١١ | ١٢ | ٢٠ | ٢ | ٣ |
| ١٢ | ٤٢ | ٧٠ | ٤٤ | ٧٣ |
| ١٣ | ٨ | ١٣ | ٥ | ٨ |
| ١٤ | ٣٣ | ٥٥ | ٤٤ | ٧٣ |
| ١٥ | ٩ | ١٥ | ٥ | ٨ |
| ١٦ | ٨ | ١٣ | ٤ | ٧ |
| ١٧ | ٣٦ | ٦٠ | ٤٠ | ٦٧ |
| ١٨ | ٢٥ | ٤٢ | ٨ | ١٣ |
| ١٩ | ٢٧ | ٤٥ | ٣٦ | ٦٠ |
| ٢٠ | ٢٢ | ٣٧ | ٤٦ | ٧٧ |
| ٢١ | ٧ | ١٢ | ٣ | ٥ |
| ٢٢ | ٣٦ | ٦٠ | ٣٧ | ٦٢ |
| ٢٣ | ٢٥ | ٤٢ | ٢٧ | ٤٥ |
| ٢٤ | ٧ | ١٢ | ٣ | ٥ |
| ٢٥ | — | — | ١ | ٢ |
| ٢٦ | ٣٥ | ٥٨ | ٤١ | ٦٨ |
| ٢٧ | ٥١ | ٨٥ | ٥١ | ٨٥ |

## شكل رقم ( 8 )

### توضيح بياني بعدد المجيبين على الاختيار الأول لأسئلة مقياس الاكتئاب قبل القراءة وبعدها




## جدول رقم ( 13 )

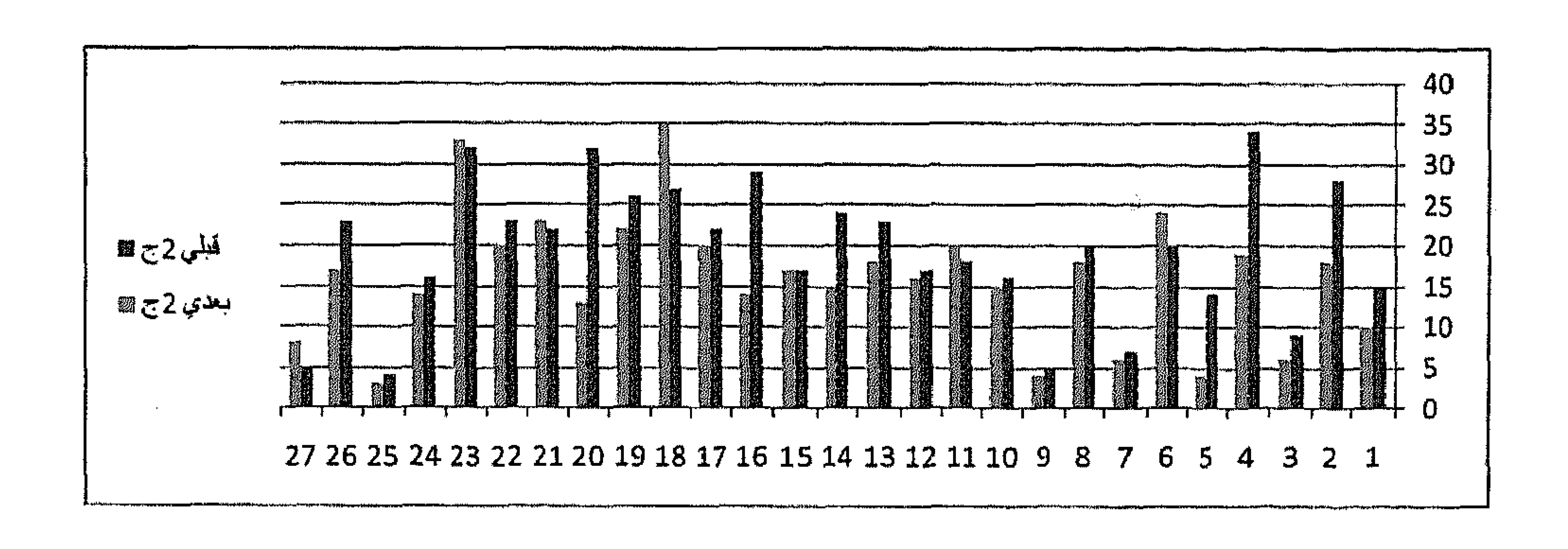
### عدد المجيبين على الاختيار الثاني لأسئلة مقياس الاكتئاب قبل القراءة وبعدها والنسبة المئوية

| م | اختيار٢ قبلي | النسبة المئوية % | اختيار٢ بعدي | النسبة المئوية % |
|---|---|---|---|---|
| ١ | ١٥ | 25 | ١٠ | 17 |
| ٢ | ٢٨ | 47 | ١٨ | 30 |
| ٣ | ٩ | 15 | ٦ | 10 |
| ٤ | ٣٤ | 57 | ١٩ | 32 |
| ٥ | ١٤ | 23 | ٤ | 7 |
| ٦ | ٢٠ | 33 | ٢٤ | 40 |
| ٧ | ٧ | 12 | ٦ | 10 |
| ٨ | ٢٠ | 33 | ١٨ | 30 |
| ٩ | ٥ | 8 | ٤ | 7 |
| ١٠ | ١٦ | 27 | ١٥ | 25 |
| ١١ | ١٨ | 30 | ٢٠ | 33 |
| ١٢ | ١٧ | 28 | ١٦ | 27 |
| ١٣ | ٢٣ | ٣٨ | ١٨ | 30 |
| ١٤ | ٢٤ | 40 | ١٥ | 25 |
| ١٥ | ١٧ | 28 | ١٧ | 28 |

| م | اختيار٢ قبلي | النسبة المئوية % | اختيار٢ بعدي | النسبة المئوية % |
|---|---|---|---|---|
| ١٦ | ٢٩ | 48 | ١٤ | 23 |
| ١٧ | ٢٢ | 37 | ٢٠ | 33 |
| ١٨ | ٢٧ | 45 | ٣٥ | 58 |
| ١٩ | ٢٦ | 43 | ٢٢ | 37 |
| ٢٠ | ٣٢ | 53 | ١٣ | 22 |
| ٢١ | ٢٢ | 37 | ٢٣ | 38 |
| ٢٢ | ٢٣ | 38 | ٢٠ | 33 |
| ٢٣ | ٣٢ | 53 | ٣٣ | 55 |
| ٢٤ | ١٦ | 27 | ١٤ | 23 |
| ٢٥ | ٤ | 7 | ٣ | 5 |
| ٢٦ | ٢٣ | 38 | ١٧ | 28 |
| ٢٧ | ٥ | 8 | ٨ | 13 |

## شكل رقم ( 9 )

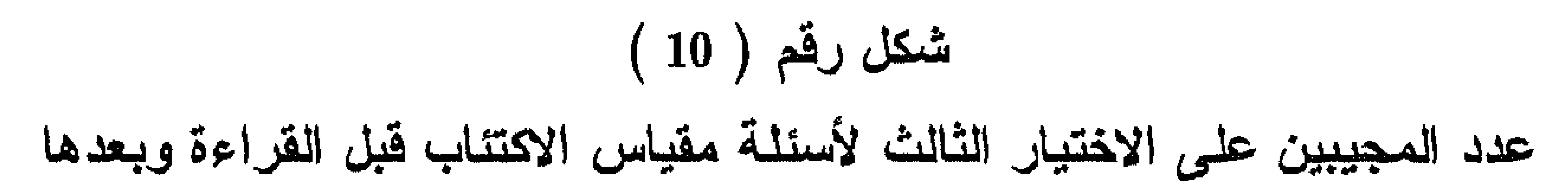
## عدد المجيبين على الاختيار الثاني لأسئلة مقياس الاكتئاب قبل القراءة وبعدها



## جدول رقم ( 14 )

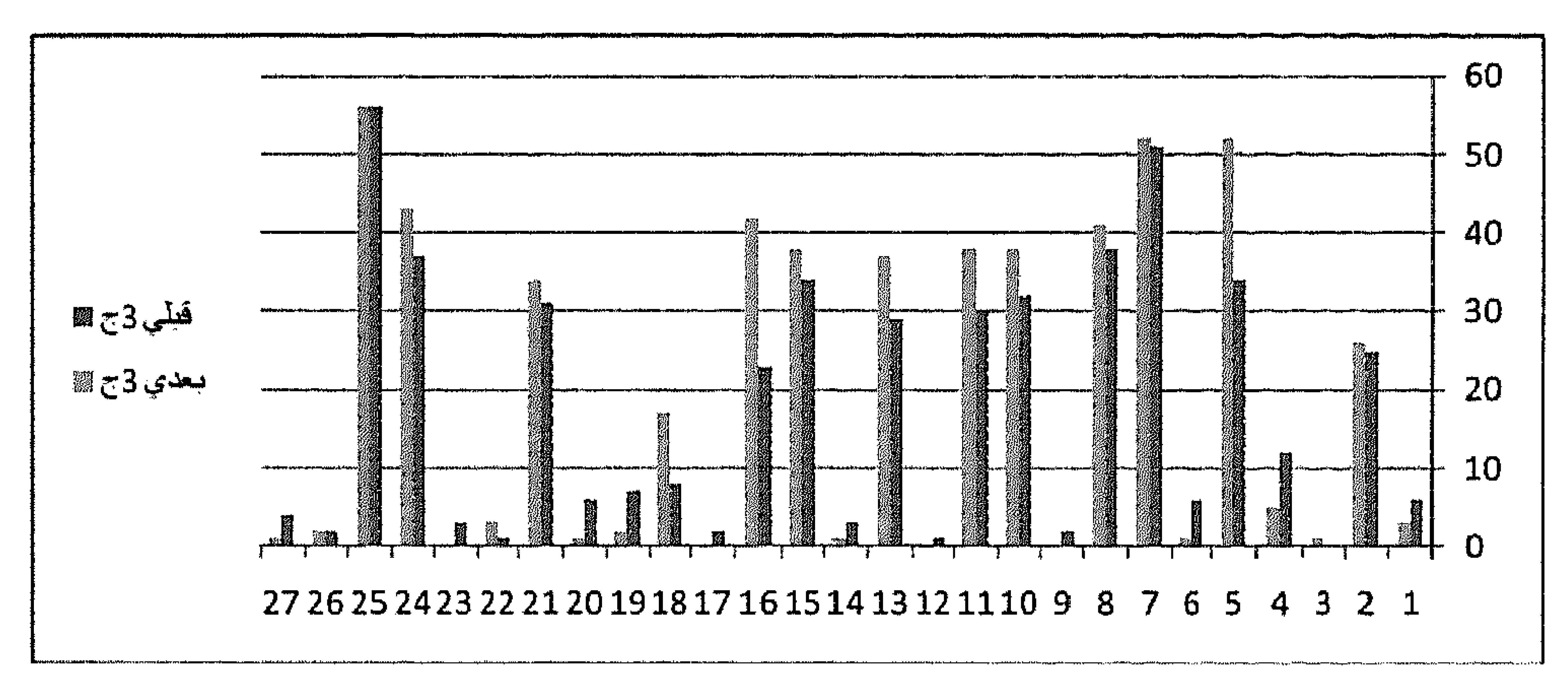
عدد المجيبين على الاختيار الثالث لأسئلة مقياس الاكتئاب قبل القراءة وبعدها والنسبة المئوية

| م | اختيار٣ قبلي | النسبة المئوية % | اختيار٣ بعدي | النسبة المئوية % |
|---|---|---|---|---|
| ١ | ٦ | 10 | ٣ | 5 |
| ٢ | ٢٥ | 42 | ٢٦ | 43 |
| ٣ | — | — | ١ | 2 |
| ٤ | ١٢ | 20 | ٥ | 8 |
| ٥ | ٣٤ | 57 | ٥٢ | 87 |
| ٦ | ٦ | 10 | ١ | 2 |
| ٧ | ٥١ | 85 | ٥٢ | 87 |
| ٨ | ٣٨ | 63 | ٤١ | 68 |
| ٩ | ٢ | 3 | — | — |
| ١٠ | ٣٢ | ٥٣ | ٣٨ | 63 |
| ١١ | ٣٠ | 50 | ٣٨ | 63 |
| ١٢ | ١ | 2 | — | — |
| ١٣ | ٢٩ | 48 | ٣٧ | 62 |
| ١٤ | ٣ | 5 | ١ | 2 |
| ١٥ | ٣٤ | 57 | ٣٨ | 63 |
| ١٦ | ٢٣ | 38 | ٤٢ | 70 |
| ١٧ | ٢ | 3 | — | — |
| ١٨ | ٨ | 13 | ١٧ | 28 |
| ١٩ | ٧ | 12 | ٢ | 3 |
| ٢٠ | ٦ | 10 | ١ | 2 |
| ٢١ | ٣١ | 52 | ٣٤ | 57 |
| ٢٢ | ١ | 2 | ٣ | 5 |
| ٢٣ | ٣ | ٥ | — | — |
| ٢٤ | ٣٧ | 62 | ٤٣ | 72 |
| ٢٥ | ٥٦ | 93 | ٥٦ | ٩٣ |
| ٢٦ | ٢ | 3 | ٢ | 3 |
| ٢٧ | ٤ | 7 | ١ | 2 |



شكل رقم ( 10 )

عدد المجيبين على الاختيار الثالث لأسئلة مقياس الاكتئاب قبل القراءة وبعدها




من الجداول السابقة أرقام (12)، (13)، (14) والأشكال البيانية أرقام (8)، (9)، (10) يتبين عدد المجيبين على الاختيار الأول والثاني والثالث لكل سؤال من أسئلة مقياس الاكتئاب قبل القراءة وبعدها مع النسب المئوية، وقد لوحظ الآتي:

**١. بالنسبة للاختيار الأول لكل سؤال من أسئلة القياس:**

**أولاً: تساوي عدد المجيبين قبل وبعد القراءة:**

هناك بعض الإجابات التي لم تتأثر قبل القراءة وبعدها بعدد المجيبين عليها، وصياغتها كالتالي:

7 – 1 – أنا أكره نفسي. ×
– 2 – أنا لا أحب نفسي.
– 3 – أنا أحب نفسي.
8 – 1 – كل الأشياء المسيئة أو غير المستحبة تحدث بسببي أنا. ×
– 2 – كثير من الأشياء المسيئة أو غير المستحبة تحدث بسببي أنا.
– 3 – لا تحدث الأشياء المسيئة أو غير المستحبة دائماً بسببي أنا.

لوحظ أن كلاً منهما يترتب على الآخر، فالطفل يكره نفسه حال اعتقاده أن كل الأشياء غير المستحبة والمسيئة تحدث بسببه هو، وأن مرضه السبب الرئيسي في كل متغيرات الأسرة وبعده عنها، وقد لوحظ بمراجعة مقياس الاكتئاب أن الحالتين

المجيبتين على الإجابة الأولى للسؤال السابع هما المجيبتان على الإجابة الأولى أيضاً للسؤال الثامن، بينما ثمانية وخمسون طفلاً لم يشيروا إلى الإجابة الأولى بالسؤال السابع والثامن أيضاً، وهذا يؤكد مدى ترابط السؤالين وترتب كل منهما على الآخر، إلا أن حالة من الحالتين التي أشارت بالإجابة الأولى على السؤال الثامن قد اختلفت إجابتها بعد القراءة بالتراجع عن ذلك، بينما أصرت بالإشارة إلى الإجابة الأولى على السؤال السابع، ويبدو أن تأثير القراءة على الطفل قد خفض من حدة الاكتئاب لديه، وجعله أكثر تفهماً وتصالحاً مع نفسه ليعي أنه ليس المتسبب في كل الأشياء المسيئة وغير المستحبة التي تحدث من حوله، بينما شعوره بالمرض واختلاف وضعه عن أقرانه وعما كان عليه من قبل جعله مستمراً في الشعور بكراهية نفسه ظناً منه أنه المتسبب فيما وصل إليه من ضعف وحالة صحية متردية.

كذلك وجد أن السؤال السابع والعشرين وهو:

27 – 1 – أنا أنسجم مع الناس. ×

– 2 – في أوقات كثيرة أجد نفسي متورطاً في مشاجرات.

– 3 – طوال الوقت أنا أتورط في مشاجرات.

يتساوى فيه عدد المجيبين على الإجابة الأولى قبل القراءة وبعدها، إذ بلغ عدد المجيبين واحداً وخمسين طفلاً بنسبة خمسة وثمانين بالمائة، وارتفاع النسبة يشير إلى أن الطبيعي لدى الأطفال هو حبهم للناس والتفاعل الاجتماعي، وهو من العادات المتأصلة وسمة من سمات الشخصية، وهو ليست حالة مزاجية وإن تأثر أحياناً ببعض المتغيرات المحيطة بالشخص، وقد يكون لهذه المتغيرات تأثيرها على الكبار أكثر من الأطفال، وليست القراءة المحك الرئيسي المؤثر على هذه السمة، ولكن من الممكن أن تلعب دوراً في تنشيط وتحفيز نفسية الطفل نحو الظواهر الإيجابية مما يكون له أثر جيد لمزيد من التفاعل والانسجام مع الناس[1].

1) عبد الستار إبراهيم. الاكتئاب والكدر النفسي: فهمه وأساليب علاجه منظور معرفي – نفسي. – ط2. – القاهرة: دار الكاتب للطباعة والنشر والتوزيع، 2008. – ص ص 243 – 249 . – (سلسلة الممارس النفسي؛ 3).

**ثانياً: زيادة عدد المجيبين بعد القراءة عما قبلها:**

تتضح الزيادة فيما يتعلق بالسؤال الرابع والسؤال العشرين وصياغتهما كالتالي:

4 – 1 – توجد أشياء كثيرة تسليني. ×
– 2 – بعض الأشياء والحاجات تسليني.
– 3 – لا يوجد شيء يسليني.
20 – 1 – أنا لا أشعر بالوحدة. ×
– 2 – في أوقات كثيرة أشعر بالوحدة.
– 3 – طوال الوقت أشعر بالوحدة.

يلاحظ أن هناك ارتفاعاً في عدد الإجابات لأكثر من عشرة أطفال بعد القراءة عن مرحلة ما قبل القراءة، ففي السؤال الرابع كانت عدد الإجابات قبل القراءة أربعة عشر طفلاً بنسبة ثلاثة وعشرين بالمائة، بينما وصلت عدد الإجابات إلى ستة وثلاثين طفلا بنسبة ستين بالمائة، وفي السؤال العشرين كانت عدد الإجابات قبل القراءة اثنتين وعشرين إجابة بنسبة سبعة وثلاثين بالمائة، بينما بعد القراءة بلغت عدد الإجابات ستا وأربعين إجابة بنسبة سبعة وسبعين بالمائة بارتفاع بلغ أربعة وعشرين طفلاً بنسبة سبعة وثلاثين بالمائة، والسؤالان يناقشان مفهوم الشعور بالوحدة ومدى المعاناة وإمكانية الخروج منها، وقد دلل ارتفاع عدد الإجابات بعد القراءة بهذه النسب المرتفعة والتي تراوحت بين سبعة وثلاثين إلى أربعين بالمائة على أهمية العلاج بالقراءة وتأثيرها الإيجابي نحو عدم الشعور بالوحدة، ودور القراءة في تمضية الوقت دون إحساس الطفل بالوحدة والملل، وأن هناك ما يمكن أن يفعله كعمل مفيد، ومسلي في ذات الوقت.

**ثالثاً: انخفاض عدد المجيبين بعد القراءة عما قبلها:**

بالنسبة للسؤالين الحادي عشر والثامن عشر وصياغتهما كالتالي:

11 – 1 – توجد أشياء تضايقني دائماً. ×
– 2 – توجد أشياء تضايقني أوقات كثيرة.
– 3 – توجد أشياء تضايقني أحياناً.
18 – 1 – في أغلب الأيام لا تكون لدي شهية للطعام. ×
– 2 – في أيام كثيرة لا تكون لدي شهية للطعام.
– 3 – أنا آكل بطريقة جيدة.

لوحظ انخفاض عدد المجيبين على الإجابة الأولى لهذين السؤالين بعد القراءة عما قبلها، فقد كان عدد المجيبين على السؤال الحادي عشر والخاص بحجم المضايقات التي تواجه الطفل المريض قبل القراءة اثني عشر طفلاً بنسبة عشرين بالمائة، بينما انخفض العدد بعد القراءة إلى حالتين فقط بنسبة ثلاثة بالمائة، أما السؤال الثامن عشر والخاص بشهية الطفل للطعام ومدى تقبله له فقد كان عدد المجيبين على الإجابة الأولى لهذا السؤال خمسة وعشرين طفلاً بنسبة اثنتين وأربعين بالمائة، بينما انخفض العدد بعد القراءة إلى ثمانية أطفال فقط بنسبة ثلاثة عشر بالمائة .

ويؤكد هذا الانخفاض على أهمية العلاج بالقراءة وتأثيره على خفض حدة المضايقات التي كان يشعر بها الطفل في المرحلة القبلية للقراءة، وكذلك في السؤال الخاص بشهية الطفل تجاه الطعام يتضح أن للقراءة تأثيراً إيجابياً تجاه تناول الطفل للطعام حيث اختلفت نسبة رغبة الأطفال في تناول الطعام بعد القراءة عما قبلها بنسبة تسعة وعشرين بالمائة نحو التحسن .

**٢. بالنسبة للاختيار الثاني لكل سؤال من أسئلة المقياس:**

**أولاً: تساوي عدد المجيبين قبل وبعد القراءة:**

توجد بعض الإجابات التي لم تتأثر بعد القراءة عما قبلها بالنسبة لعدد المجيبين عليها، ففي الأسئلة: الخامس عشر، والحادي والعشرين، والثالث والعشرين وصياغتها كالتالي:

15 – 1 – يجب علي أن أدفع نفسي طوال الوقت حتى أكمل واجبات المدرسة.
– 2 – يجب علي أن أدفع نفسي أكثر من مرة حتى أكمل واجبات المدرسة. ×
– 3 – واجبات المدرسة ليست مشكلة كبيرة بالنسبة لي.
21 – 1 – لم أشعر بالمتعة في المدرسة أبداً.
– 2 – أحياناً أشعر بالمتعة في المدرسة. ×
– 3 – في أوقات كثيرة أشعر بالمتعة في المدرسة.
23 – 1 – عملي – شغلي – المدرسي جيد.
– 2 – عملي المدرسي ليس جيداً كما كان من قبل. ×
– 3 – عملي المدرسي سيئ جداً في مواد كنت دائماً جيداً فيها.

يلاحظ أن الأسئلة الثلاثة مرتبطة بمدى حب الطفل للمدرسة، وتفاعله داخلها، وأداء واجباته، والإشارة إلى الإجابة الثانية تأكيد على وجود قدر من المعاناة لهؤلاء الأطفال داخل المدرسة، حيث الإشارة إلى ضرورة الدفع المتكرر لأداء الواجبات المدرسية، وعدم الشعور بالمتعة داخل المدرسة إلا أحياناً، كما أنه من الملاحظ أن الأداء المدرسي ليس جيداً، وثبات عدد الإشارات إلى هذه الإجابات – بعد القراءة بالنسبة لما قبلها – يعني أن العلاج بالقراءة ليس له التأثير الفاعل والإيجابي لتغيير هذا الإحساس تجاه العملية التعليمية وجودتها، إلا أن هذا الثبات له مبرراته الموضوعية، حيث إن الأطفال عند تطبيق برنامج العلاج بالقراءة يكونون مقيمين داخل المستشفى نظراً للحالة المرضية وتلقي العلاج، مما يجعل ذاكرتهم معلقة بآخر فترة قبل مغادرتهم المدرسة وبداية شعورهم بمتاعب المرض وتأثر حالتهم الصحية، مما يثير لديهم الشعور بعدم تمكنهم من التفاعل الإيجابى مع المدرسة.

**ثانياً: زيادة عدد المجيبين بعد القراءة عما قبلها:**

بالنسبة للسؤال الثامن عشر وقد سبق التعرض لصياغته ضمن الإجابة الأولى في انخفاض عدد المجيبين بعد القراءة عما قبلها، كان عدد المجيبين قبل القراءة سبعة وعشرين طفلاً بنسبة خمسة وأربعين بالمائة، بينما ازدادت بعد القراءة لتصل إلى سبعة وثلاثين طفلاً بنسبة ثمانية وخمسين بالمائة، وكانت صياغة الإجابة الثانية هي : "في أيام كثيرة لا تكون لدي شهية للطعام"، وهذا لا يعني أن القراءة ليس لها دور إيجابي تجاه الطعام، ولكن حدث تحول للأفضل، فقد تحولت إجابات العديد من الأطفال من الإجابة الأولى وهي "في أغلب الأيام لا تكون لدي شهية للطعام" إلى الإجابة الثانية والمذكورة سابقاً، حيث لا تعارض بين انخفاض الإجابات بعد القراءة عما قبلها في الحالة الأولى، وارتفاع الإجابات بعد القراءة عما قبلها في الحالة الثانية لنفس السؤال.

**ثالثاً: انخفاض عدد المجيبين بعد القراءة عما قبلها:**

بالنسبة للسؤال السادس عشر وصياغته كالتالي:

16 – 1 – كل ليلة يصعب علي النوم.

– 2 – في ليالٍ كثيرة يصعب علي النوم.

– 3 – أنا أنام جيداً.

بلغ عدد الأطفال المجيبين على الإجابة الثانية لهذا السؤال تسعة وعشرين طفلاً بنسبة ثمانية وأربعين بالمائة، بينما بلغ عددهم بعد القراءة أربعة عشر طفلاً بنسبة ثلاثة وعشرين بالمائة، بانخفاض بلغ خمسة عشر طفلاً، فقد انتقلت هذه النسبة الفارقة إلى الإجابة الثالثة والخاصة بالنوم الجيد، حيث بلغت اثنين وأربعين طفلاً بعد القراءة بزيادة مقدارها تسعة عشر طفلاً مع مراعاة انخفاض أربع حالات أخرى من الإجابة الأولى والخاصة بصعوبة النوم كل ليلة[1]، وهذا يعني أن للقراءة دوراً هاماً وإيجابياً في توفير حالة من الهدوء النفسي التي تساعد الطفل على النوم الذي كان يعاني مسبقاً من صعوبة بالغة تمكنه من النوم كل ليلة أو في ليال كثيرة.

**٣. بالنسبة للاختيار الثالث لكل سؤال من أسئلة القياس:**

**أولاً: تساوي عدد المجيبين قبل وبعد القراءة:**

لوحظ على السؤال الخامس والعشرين وصياغته كالتالي:

25 – 1 – في الحقيقة لا أحد يحبني.

– 2 – أنا لست متأكداً من أن أحداً يحبني.

– 3 – أنا متأكد من أن بعض الأشخاص يحبونني.

أن عدد المجيبين على السؤال قبل القراءة وبعدها ستة وخمسون طفلاً، وهو ما يمثل نسبة ثلاثة وتسعين بالمائة، وهذا يعني أن معظم الأطفال متأكدون من أن هناك من الأشخاص الذين يحبونهم ويهتمون بهم، وأن القليل النذر منهم ليسوا متأكدين من حب الناس لهم، وهذه الحالات النادرة بعد دراستها تأكد لدى المعالج تعرضهم لبعض الضغوط الاجتماعية، حيث يقيم الطفل مع أحد أقربائه أو زوجة

1) راجع إحصاءات السؤال السادس عشر بالجداول (20)، (21)، (22).

أبيه لانشغال الوالد والوالدة عنه أو لوجود خلافات عائلية كحالات الطلاق والتفكك الأسري، ويظل هذا الإحساس راسخاً ولا تغيره البرامج القرائية، إلا أنها من الممكن أن تخفف من وطأة الألم النفسي بانشغاله عن الاسترسال في التفكير فيما يؤلم مشاعره.

**ثانياً: زيادة عدد المجيبين بعد القراءة عما قبلها:**

بملاحظة السؤال الخامس والخاص برأي الطفل تجاه تصرفاته، وصياغته كالتالي:

5 – 1 – في كل الأوقات أنا سيئ.
– 2 – في أوقات كثيرة أكون سيئاً.
– 3 – أحياناً أكون سيئاً.

وجد أن عدد المجيبين بالإجابة الثالثة قبل القراءة بلغ أربعة وثلاثين طفلاً بنسبة سبعة وخمسين بالمائة، بينما في مرحلة ما بعد القراءة ازدادت النسبة لتصل إلى سبعة وثمانين بالمائة بواقع اثنين وخمسين طفلاً بزيادة بلغت حوالي ثلاثين بالمائة، وتعتبر الإجابة الثالثة هي أفضل الإجابات بالنسبة للحالة النفسية، ويؤكد ذلك أهمية القراءة تجاه تصالح الإنسان مع نفسه، وحالة الرضا عن تصرفاته، فقد انتقل الطفل بإحساسه من كونه سيئاً في كل الأوقات، أو في أوقات كثيرة إلى كونه سيئاً أحياناً، وهذه حالة الفرد العادي الذي يستطيع التحكم في تصرفاته وانفعالاته.

**ثالثاً: انخفاض عدد المجيبين بعد القراءة عما قبلها:**

ويتضح ذلك من خلال الإجابة على السؤالين رقم (4)، ورقم (20) وقد سبق عرض صياغتهما ضمن إجابات الحالة الأولى مع ارتفاع عدد المجيبين بعد القراءة عما قبلها، والسؤال رقم (4) خاص ببعض الأشياء التي تساعد الطفل على تسليته والترفيه عنه من عدمه، أما السؤال رقم (20) فهو خاص بمدى شعور الطفل بالوحدة، وكلاهما يركز على مدى تقبل الطفل للأشياء التي قد تشغله عن الشعور بالمرض والآلام، وانتظار جرعات العلاج الواحدة تلو الأخرى مما يزيد من إحساسه بالاكتئاب، وقد لوحظ انخفاض عدد المجيبين على السؤال الرابع بإجابته الثالثة من اثني عشر طفلاً بنسبة خمسة بالمائة قبل القراءة إلى خمسة أطفال بنسبة ثمانية بالمائة بعد القراءة، بينما انخفض عدد المجيبين من ستة أطفال بنسبة عشرة بالمائة قبل القراءة إلى طفل واحد بنسبة اثنين بالمائة تقريباً بعد القراءة، وهذا يدلل على

أن للعلاج بالقراءة أهمية وتأثيراً كأداة تسلية ساعدت بدورها إلى حد كبير على قلة الشعور بالوحدة التي كانوا يعانون منها قبل القراءة، كما أنه خلال الممارسة العملية لتجربة العلاج بالقراءة أشار بعض الأطفال للباحث بعدم شكواهم من الأحلام السيئة والكوابيس التي كانوا يعانون منها قبل القراءة وخاصةً إذا ما مورست القراءة قبل النوم مباشرةً، كذلك قضت القراءة قبل النوم على مشكلة النوم المتقطع طوال الليل، وأنهم أصبحوا ينامون طيلة فترة الليل نوماً متصلاً دون قلق.

وإذا نظرنا إلى السؤال رقم ( 19 ) وصياغته كالتالي:

19 – 1 – أنا غير قلق من أي آلام أو أوجاع.

– 2 – في مرات كثيرة أكون قلقاً من بعض الآلام والأوجاع.

– 3 – طوال الوقت أكون قلقاً من الآلام والأوجاع.

أجاب سبعة أطفال قبل القراءة بنسبة اثني عشر بالمائة بالإجابة الثالثة، بينما أجاب طفلان فقط على نفس الإجابة بعد القراءة بنسبة ثلاثة بالمائة، بمعدل انخفاض تسعة بالمائة، مما يدلل على أن العلاج بالقراءة له تأثير واضح على خفض حدة القلق لدى الأطفال، والتي تزيد من خوفهم من الأوجاع والآلام التي قد تحدث لهم بسبب مرضهم، وهذا الخوف يزيد بدوره من حالة الاكتئاب التي تؤدي إلى نقص في قدرة الجهاز المناعي مما يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية، لذا فإن للقراءة أهمية كبيرة وإيجابية نحو تحسن الحالة النفسية للأطفال المرضى.

## حالات تستحق الدراسة التفصيلية

هناك بعض الحالات التي تستحق الدراسة بالتفصيل للوقوف على بعض النقاط الهامة في سبيل الإعداد لبرنامج فاعل للعلاج بالقراءة الموجهة لأطفال مرضى السرطان.

وتتعدد الحالات التي تستحق الدراسة بشكل تفصيلي لما يوجد بها من خبرات حياتية مختلفة، إلا أن المعالج تخير منها خمس حالات فقط لدراستها، وقد تكون هذه الحالات متباينة في أمور كثيرة بغرض الوصول لأكبر قدر من المواقف المختلفة والخبرات المفيدة في هذا المجال.

لقد تم اختيار خمس حالات: إذا تم توزيعها وفقاً للجنس سنجد أن هناك ثلاث حالات للبنات وحالتين للذكور، وإذا وزعت وفقاً للمرحلة العمرية سنجد أن المرحلة العمرية الأولى تتضمن ولدين وبنتاً واحدة، بينما المرحلة العمرية الثانية تندرج تحتها بنتان، وإذا وزعت وفقاً للتشخيص المرضي، نجد أن هناك إصابتين إحداهما من البنات والأخرى لأحد الأولاد بمرض إبيضاض الدم الليمفاوي الحاد (لوكيميا الدم) ALL، وحالتين مصابتين بابيضاض الدم النخاعي الحاد AML الأولى لبنت من المرحلة العمرية الثانية، والأخرى لولد من المرحلة العمرية الأولى، بينما هناك حالة واحدة لبنت مصابة بورم "إوينج ساركوما" E.S.

**الحالة الأولى:**

هي الحالة رقم (واحد) بقاعدة بيانات الدراسة، ولد ينتمي للمرحلة العمرية الأولى (ثماني سنوات) في السنة الأولى من المرحلة الابتدائية، وهو مصاب بابيضاض الدم النخاعي الحاد AML (لوكيميا الدم)، وقد استمرت فترة متابعته اثني عشر يوماً اعتباراً من الخامس والعشرين من مايو حتى السابع من يونيو 25/5 – 7/6/2011، ويعد هو الحالة الأولى التي يطبق عليها تجربة العلاج بالقراءة، والطفل برفقة والدته.

من خلال دراسة الحالة الاجتماعية للطفل لوحظ أن أسرة الطفل من سكان مدينة حلوان وتتكون من أربعة أفراد والوالد والوالدة، وهما من حملة المؤهلات العليا، وترتيبه الثالث إذ يكبره أخ وأخت في مراحل التعليم الثانوي والإعدادي، أما أخته التي تصغره فهي في السنة الثانية من مرحلة التعليم التمهيدي، والحالة المادية للأسرة فوق المتوسط فالوالد يعمل موظفاً بإحدى شركات البترول، والوالدة تعمل معلمة، وهما في العقدين الثالث والرابع من العمر.

مما سبق يتضح لنا أن حالة الطفل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية جيدة، فارتفاع مستوى المعيشة للطفل يضمن له رعاية ممتازة، والمستوى الثقافي الجيد للوالدين والوضع الاجتماعي المستقر يضمن له قدراً كبيراً من العناية الفائقة بحالته الصحية والالتزام بتعليمات الأطباء والمتابعة الجيدة للحالة المرضية التي قد تطول لعدة أعوام، ويتضح اهتمام الوالدين بالطفل من خلال اللقاءات المتكررة معهما، بينما الافتقار للوعي الثقافي بمختلف مناحي الحياة أو عدم الاهتمام بالمتابعة نتيجة الإصابة بالإحباط لطول فترة العلاج أو عدم الإدراك بأهميتها من شأنه أن يؤدي بالطفل إلى عواقب

وخيمة وتدهور الحالة الصحية لأقصى درجة، كما أن عدم الاستقرار الاجتماعي وتنازل أحد الطرفين عن المتابعة وعدم الرغبة في تحمل المسئولية تجاه الابن أو الابنة يجعل الطفل في حالة نفسية متردية مما يؤثر على مستوى المناعة لديه، وهذا يؤدي بدوره إلى تدهور الحالة الصحية، وبالتالي توقف جرعات العلاج لحين عودة المناعة للمستوى المقبول لاستمرار العلاج.

من خلال دراسة الحالة النفسية للطفل ومن خلال ملاحظات والدته تبين أنه انطوائي في علاقته بالأقران، مما جعله يأخذ من الكمبيوتر صديقاً وفياً له يتفاعل معه طوال فترات فراغه وأثناء العطلات الدراسية، إلا أن ذلك لا يعني أنه غير متواصل، فهو متواصل في علاقاته داخل الأسرة وخارجها، لكنه كان يفضل قضاء أوقات فراغه مع الكومبيوتر أكثر من تمضيتها مع الأصدقاء.

كما كان لمستوى الوالدين الثقافي والمادي الجيد تأثير كبير في محاولتهما معرفة هوايات الطفل وميوله وتنمية هذه الميول، حيث كان الطفل يجيد العمل على الحاسب الآلي رغماً عن صغر سنه وكونه مازال بالسنة الأولى من المرحلة الابتدائية إلا أن مهاراته الواضحة في التعامل مع الحاسب الآلي جعلت الوالدين يقتنيان جهاز حاسب آلي شخصي (لاب توب) ليرافقه بغرفته بالمستشفى أثناء فترة العلاج مع إشراف الوالدة حيث كانت ترافقه طوال فترة العلاج، مما يجعل الطفل في حالة نفسية جيدة ومناعة مرتفعة تصل به إلى حد الرضى وتقبل العلاج، وبالتالي تحسن واضح وسريع، مما يؤدي بالأطباء السماح للطفل بقضاء الفترات الفاصلة بين الجرعة والأخرى بمنزله مع إخوانه وأخواته، وهذا بدوره يزيد من شعوره بالطمأنينة وعدم الانقطاع لفترة طويلة مع أسرته، فلا يشعر بأنه حالة فريدة لها معاملة خاصة تختلف عن إخوانه وأخواته، الأمر الذي يؤدي لمزيد من التحسن والإيجابية.

كل هذه الإيجابية من الوالدين والاهتمام بكافة الأمور والمتابعة الدقيقة للطفل تساعد على إنجاح تجربة العلاج بالقراءة، فوالدة الطفل كانت تهتم بمساعدته وتشجيعه على الانتهاء من قراءة القصة، ثم كان يقص عليها ما تعلمه منها كي يتمكن من مناقشة أخصائي العلاج بالقراءة في اليوم التالي، وهذا الاهتمام جعل الطفل في حالة نفسية جيدة مما يجعلها تصل إلى حد المتوسط في مقياسي القلق والاكتئاب رغماً عن جرعات العلاج المكثفة في بداية مرحلة العلاج الكيماوي، وما يستتبعه من إحساس بدوار ورغبة في القيء وإرهاق شديد، الأمر الذي ينجم عنه تدهور الحالة النفسية

للطفل نتيجة إحساسه بالعجز وعدم القدرة على أداء الأنشطة المختلفة التي تعود عليها قبل الإصابة، ولكن الاهتمام البالغ بحالة الطفل من جميع الأطراف المحيطة به – وخاصة الشخصيات القريبة إلى نفسه وأسرته الصغيرة والوالدين تحديداً – جعل هناك حالة من الاتزان والتوافق الداخلي مما يجعل التدهور النفسي محدوداً وغير مبالغ فيه كحال نفس الأقران من الحالات التي لا تجد هذا القدر من العناية والاهتمام، مما يجعل التأثر بتجربة العلاج بالقراءة والتباين قبل وبعد القراءة يبدو محدوداً، فليست القراءة وحدها هي التي تؤثر على حالته النفسية ولكن هناك عوامل كثيرة لتخفيف الضغوط النفسية على الطفل المريض.

وقد اتضح من خلال تحليل نتائج القياسات القبلية والبعدية لحالة الطفل عدم اختلاف مدلول القلق والاكتئاب بعد القراءة عن قبلها إلا أن هناك اختلافاً في الدرجات، فقد كان مدلول القياس القبلي "متوسطاً" بمقدار ست وعشرين درجة، بينما بلغ بعد القراءة ثلاثاً وعشرين درجة بواقع انخفاض ثلاث درجات فقط، كما كان مدلول الاكتئاب لديه في المرحلة القبلية "متوسطاً" بمقدار ست عشرة درجة، بينما بلغ في القياس البعدي بنفس المدلول تسع درجات بواقع انخفاض خمس درجات.

رغماً عن هذا الانخفاض المحدود لدرجتي القلق والاكتئاب لدى الطفل فإنه كان حريصاً على القراءة، والنقاش بعد كل مرة يقرأ فيها قصة جديدة، واستمراره في طلب القراءة حتى بعد إجراء القياس البعدي رغماً عن اهتمامه بالكمبيوتر واللعب عليه في أوقات كثيرة، وقد كانت والدته بنفس الحرص على الاستمرار معه في العلاج بالقراءة الموجهة لما رأته من اهتمام الابن بالقصص وحرصه على قراءتها والنقاش حول أفكارها، حتى لا تكون كل اهتماماته مقصورة على الكومبيوتر فقط، بينما هناك عادات أخرى جيدة كالقراءة، التى تساعد على تنمية المدارك وسعة الأفق واستخدام الخيال بشكل أوسع من التعامل مع الوسائط الأخرى.

**الحالة الثانية:**

وهي الحالة الرابعة بقاعدة بيانات الدراسة، وهي بنت في نهاية المرحلة العمرية الأولى (اثنا عشر عام) في السنة السادسة من المرحلة الابتدائية، وهي مصابة بورم إوينج E.S. وقد استمرت فترة متابعتها عشرة أيام اعتباراً من الخامس من يونيو حتى الرابع عشر من نفس الشهر 5/6 – 14/6/2011، والطفلة برفقة والدتها.

من خلال دراسة الحالة الاجتماعية للطفلة وجد أن أسرتها من سكان المنصورة تتكون من خمسة أفراد والوالد والوالدة، فالوالد يحمل مؤهلاً عالياً، بينما الوالدة تحمل مؤهلاً متوسطاً (دبلوم تجاري)، وتحتل فيها شروق المركز الأخير سناً، فالأسرة تتكون من ثلاثة أخوة من حملة المؤهلات العليا والأخت التي تكبرها أيضاً تحمل مؤهلاً عالياً، والحالة وهي أصغر أفراد الأسرة سناً تلاقي عناية فائقة من جميع أفراد الأسرة، إلا أنها غير مدللة ولها شخصية تبدو مستقلة غير اتكالية تجبر من حولها على التعامل معها ليس من منطلق أنها طفلة، فهي تعرف حالتها الصحية جيداً وما ينبغي عمله. ومن خلال دراسة الحالة النفسية للطفلة لاحظ القائم على العلاج بالقراءة أنها متواصلة داخل الأسرة وخارجها وكذلك مع أقرانها، يعني أنها شخصية اجتماعية، ولكنها تعاني من بعض القلق والاكتئاب نتيجة الألم الذي تشعر به، فأورام إوينج هي أورام سرطانية نادرة تنشأ بالعظام، والأنسجة الرخوة مثل العضلات، والأنسجة الضامّة كالأوتار التي تربط العضلات بالعظام، والأنسجة الليفية والغضاريف، والأنسجة الزُلالية المحيطة بالمفاصل، والطفلة مصابة به في عظام القدم اليسرى مما يسبب لها آلاما مستمرة تؤثر على حالتها النفسية، هذا بالإضافة إلى معاناتها من التغيرات الشكلية التي تحدث لها مع تناول الجرعات المتتالية من العلاج الكيماوي من سقوط الشعر والذي يكون له تأثير نفسي سيئ على الأولاد وأشد تأثيراً على البنات، وقد تناولت الحالة الجرعات المقررة لها من العلاج الكيماوي وفي انتظار إجراء عملية جراحية لاستئصال الورم، وفي هذه الفترة يشعر الطفل باضطراب ومعاناة نفسية كبيرة وحالة من القلق والاضطراب تنتاب الطفلة ومرافقتها، ولولا تماسك الطفلة ووالدتها لكانت الحالة النفسية أسوأ من هذا.

وقد تبين من مقاييس القلق والاكتئاب أن مستوى القلق لدى الطفلة قبل القراءة "متوسط" بمقدار خمس وعشرين درجة، وقد انخفض بمقدار خمس درجات ليصبح عشرين درجة بنفس المدلول "متوسط"، بينما قياس الاكتئاب قبل القراءة "متوسط" كان بمقدار ثماني درجات، وانخفض بمقدار خمس درجات ليصل إلى ثلاث درجات بمدلول "عدم وجود اكتئاب".

ويلاحظ تساوي عدد الدرجات التي انخفضت في كلٍ من القلق والاكتئاب والتي كانت بمقدار خمس درجات إلا أنه في حالة الاكتئاب انتقل بالطفلة من حالة اكتئاب متوسطة إلى عدم وجود اكتئاب، بينما ظل مدلول القلق ثابتاً في المتوسط. وقد أدرك

المعالج تأثير العلاج بالقراءة الموجهة على حالة الطفلة رغماً عن نسبة الانخفاض المتوسطة لديها إلا أن تمسكها بمتابعة القراءة وطلبها في كل زيارة لكتاب جديد ومناقشة الكتاب السابق يظهر مدى جديتها في خوض التجربة، وقد أفادت والدة الطفلة بمدى تأثير القراءة عليها وخاصةً أنها كانت تبدأ القراءة مع بداية تناول جرعة الكيماوي مما كان يساعدها على عدم التوتر لأعراض الجرعة الجانبية من دوار ورغبة في القيء، كما أعربت والدتها عن تحسن حالتها أثناء القراءة للدرجة التي انتهت بها الجرعة دون حدوث الأعراض المصاحبة لها، وقد لاحظ إخوانها وأخواتها ذلك من خلال المكالمات التليفونية لها للترويح عنها أثناء تناول الجرعة وسألوا والدتهم عن سبب تغير أحوالها، فكان من المعتاد أن تكون في هذه الظروف على قدر من العصبية والإرهاق البالغ مما لفت انتباه والدتها إلى ارتباط تغير أحوالها مع بداية ممارسة القراءة في الكتب المختارة لمرحلتها.

**الحالة الثالثة:**

هي الحالة الثامنة بقاعدة بيانات الدراسة، وهي بنت في بداية المرحلة العمرية الثانية (ثلاثة عشر عاماً) في السنة الأولى من المرحلة الإعدادية، وهي مصابة بحالة ابيضاض الدم النخاعي الحاد (لوكيميا الدم) AML، وقد استمرت فترة متابعتها سبعة عشر يوماً اعتباراً من الثالث عشر من يونيو حتى التاسع والعشرين من نفس الشهر 13/6 – 29/6/2011، والطفلة برفقة والدها.

ومن خلال دراسة الحالة الاجتماعية للطفلة وجد أن أسرتها تسكن بصعيد مصر بمحافظة قنا بمركز ملاوي، وتتكون من أربعة أولاد والوالد والوالدة، فالوالد عامل حر غير مرتبط بوظيفة حكومية وليس له معاش ثابت، فقد يكون بالأمس مزارعاً أجيراً واليوم عامل نظافة وغداً كيفما تسير به الظروف، فهو يكسب قوت يومه بخروجه للعمل، ولكن الظروف أجبرته على التفرغ لابنته والإقامة معها لعدم مقدرة الأم النفسية ولمتابعة أولادها وابنتها الأخرى، وهو لا يحمل إلا شهادة التعليم الابتدائي، والوالدة غير متعلمة ولا تعمل، ولعل هذا يوضح لنا الحالة الاقتصادية للأسرة، أما الأخوة فلها أخ يكبرها في التعليم الثانوي وآخر أصغر منها في التعليم الابتدائي وهي بينهما في الصف الأول من المرحلة الإعدادية ومتفوقة دراسياً على مدار الأعوام السابقة، ولكن مرضها ودخولها المستشفى اعتباراً من شهر ديسمبر عام 2010 جعلها لا تستطيع متابعة دراستها مع زميلاتها بالمدرسة، واجتازت اختبارات الشهادة الابتدائية بمدرستها

ونجحت رغماً عن ظروفها المرضية القاسية، والأخت الصغرى بالسنة الأولى من المرحلة الابتدائية، ويتضح مما سبق أن الوالدين رغماً عن أنهما ليسا من حملة المؤهلات العلمية ورغماً عن الحالة المالية المتردية فإنهما وضعا نصب أعينهما أهمية التعليم بالنسبة لأولادهما لشعورهما بأهميته وتجنباً لمعاناتهم في الحصول على عمل بدون مؤهلات دراسية، وهذا يعني أن لديهما الوعي وسعة الأفق التي لا تقل عن الذين نالوا قسطاً من التعليم.

ومن خلال دراسة الحالة النفسية يتضح لنا أن الطفلة متواصلة مع أقرانها ومع أسرتها وأقربائها من خارج الأسرة، ولكنها تعاني في الوقت الحالي من قلق واكتئاب وخوف، وبتحليل القياس الخاص بالقلق قبل القراءة وجد أنها تعاني من قلق "مرتفع" بمقدار واحد وأربعين درجة وتعاني من اكتئاب "شديد" بمقدار أربع وعشرين درجة، فقد عانت الحالة من نقص بالمناعة مما أدى إلى ارتفاع بدرجة الحرارة والتهابات شديدة بالصدر لفترة تجاوزت شهراً كاملاً وقت بداية تطبيق التجربة، وقد تسبب ذلك في عدم السماح لها بمغادرة المستشفى طوال هذه الفترة، الأمر الذي جعلها في حالة نفسية سيئة لعدم تمكنها من ممارسة حياتها بشكل طبيعي وعدم تمكنها من رؤية أختها وأخويها وأقرانها نظراً لبعد المسافة وكذلك لضيق ذات اليد في تكلفة المواصلات من أجل حضور أسرتها إليها مما يجعل حالتها النفسية أكثر تدهوراً فتطول فترة العلاج لنقص المناعة، والذي تكون الحالة النفسية سبباً رئيساً فيه، كما أن عدم وجود والدتها معها قد يكون من الأسباب الهامة، إلا أن والدها في غاية الاهتمام والعناية بها رغماً عن المستوى الثقافي البسيط والمستوى المادي المتدني.

وقد تم التدخل بغرض تطبيق التجربة في هذا الوقت الحرج بالنسبة لها، ولاقى موافقة وتأييداً من جانب الطفلة ووالدها، وإن كانت فترة العلاج بالقراءة قد طالت إلى حد ما وذلك نظراً للحالة الصحية المتقلبة من يوم لآخر، وساعد على إنجاح التجربة رغبة الطفلة في إنجاز بعض الأنشطة العقلية والتي لا يحتاج أداؤها لحركة وجهد بدني، كما تم التعرف في بداية تطبيق التجربة على بعض ميول وقدرات الطفلة وكان من بينها الرسم والتلوين، وتم توفير الأدوات اللازمة لها من لوحات رسم وألوان، وكانت بمثابة البداية للتفاعل بين الطفل والقائم على العلاج بالقراءة، والمدخل لبداية تطبيق تجربة العلاج بالقراءة الموجهة، فليس من اللائق إشعار الطفلة أو الطفل بأنه محط تجربة وأن العلاقة لا تعدو أكثر من مهمة علمية وبمجرد أن تتم تنقطع العلاقة

بها أو به، وبعد تكرار عدد من الزيارات في إطار التجربة وقراءة القصص الموجهة إليها تم عمل قياس بعدي للقلق، وكانت نتيجته الوصول بالحالة إلى قلق "متوسط" بمقدار أربع وعشرين درجة بانخفاض مقداره سبع عشرة درجة، بينما قياس الاكتئاب بعد القراءة أصبح إحدى عشرة درجة بانخفاض مقداره ثلاث عشرة درجة بمدلول "متوسط" عن ما قبل القراءة.

ويتضح مدى الانخفاض الواضح والمؤثر لحدة القلق والاكتئاب، ويشير هذا الانخفاض الملحوظ رغماً عن تدهور الحالة الصحية للطفلة لفترة طويلة إلى مدى الإصرار وقوة العزيمة على متابعة حياتها بشكل طبيعي قدر ما أمكن، وربما يرجع ذلك إلى البيئة التي نشأت فيها الطفلة، وافتقارها إلى الرفاهيات، وطبيعة البداوة وقوة التحمل كطبيعة في صعيد مصر، كل هذه الأمور جعلت منها نموذجاً مختلفاً عن أقرانها من أهل المدينة في هذه المرحلة العمرية.

**الحالة الرابعة:**

هي الحالة الثالثة عشرة بقاعدة بيانات الدراسة، وهي بنت في المرحلة العمرية الثانية (أربعة عشر عاماً) بالسنة الأولى من مرحلة التعليم الإعدادي، وهي مصابة بابيضاض الدم الليمفاوي الحاد ALL (لوكيميا الدم)، وقد استمرت فترة متابعتها واحداً وعشرين يوماً من الثاني والعشرين من يونيو حتى الثاني عشر من يوليو 22/6 – 12/7/2011، والطفلة برفقة والدتها.

ومن خلال دراسة الحالة الاجتماعية للطفلة تبين أنها تعيش مع أسرتها بمدينة بالقاهرة، وتتكون الأسرة من أربع بنات والوالد والوالدة، فالوالد مهندس بالمعاش ويملك شركة خاصة به، والوالدة طبيبة بيطرية، أما أخواتها الثلاث فجميعهن مؤهلات عليا بين طب وصيدلة وإعلام وهي أصغرهن سناً، وقد تفرغت الأم لها تماماً بمجرد إصابة ابنتها بالسرطان، غير أن الأم من قبل علمها بالإصابة تهتم بها اهتماماً خاصاً نظراً لأن الطفلة من ذوي الاحتياجات الخاصة فهي مصابة "بمتلازمة داون" أو الطفل المنغولي.

الحالة التي تدرس تفصيلاً الآن هي حالة نادرة، فهي رغم ذلك على قدر ممتاز من الإدراك والوعي التام، فقد استطاعت الإجابة على المقاييس الخاصة بالقلق والاكتئاب دون مساعدة، بل تجاوزت ذلك بالتعليق على بعض الأسئلة بالاستحسان أو

الاستياء، وأدركت الأسئلة المختلفة في صياغتها ولكنها تعني نفس المضمون للتأكيد على الإجابة، وذلك يرجع إلى العناية البالغة للحالة من جميع أفراد الأسرة مما جعلها قادرة على التكيف والتوائم مع المجتمع المحيط بها لأقصى درجة، وأن تفكيرها وإدراكها لجميع الأمور المحيطة بها لا تقل عن الأطفال العاديين في مستواها العمري، بل إنها تدرس بإحدى المدارس الدولية للأطفال العاديين وليست مدرسة مصنفة ضمن مدارس ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد حرصت مديرة المدرسة على عدم انتقالها لمدرسة خاصة برعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، بل أعربت عن أن مستواها العلمي أفضل من أقرانها العاديين بنفس الفصل أو بالفصول الأخرى.

ومن دراسة الحالة النفسية للطفلة يتضح أنها تعاني من قلق حاد تجاه إصابتها بالسرطان والتغيرات الشكلية بسقوط شعرها نتيجة العلاج الكيماوي، كما أن قلقها يزيد بشأن عدم تمكنها من متابعة واجباتها المدرسية بشكل منتظم، لذا نجد أن مستوى القلق لديها قبل إجراء التجربة "مرتفع" بمقدار تسع وعشرين درجة، وأن مستوى الاكتئاب القبلي "معتدل" بمقدار سبع درجات، وهذا يعني أن حالة الاكتئاب لديها بسيطة نظراً لاهتمام الأم وزيارات الوالد وأخواتها اليومية مما يعود عليها بتحسن حالتها النفسية.

وقد تبين تجاوب الطفلة بدرجة ممتازة تجاه إتمام تجربة العلاج بالقراءة، وأنها أبدت نشاطاً وإيجابية، كما أنها أعربت عن حبها للرسم ولقراءة بعض القصص لشخصيات محددة مثل "الأميرات"، و"الأميرة سنووايت" فهي شخصيات محببة لها وتشعر بالسعادة وهي تقرأ قصصهن وتشاهد صورهن. وتجاوباً مع رغباتها وللحرص على مزيد من التجاوب والتفاعل مع التجربة فقد تم توفير هذه الشخصيات المحببة لها في شكل قصص أو لوحات للتلوين مما زاد من حماسها في متابعة البرنامج القرائي.

وقد دامت فترة المتابعة عشرين يوماً بسبب بعض المتاعب التي تعرضت لها أثناء تطبيق التجربة والتي كانت نتيجة للجرعات المتتالية لها نظراً لاستقرار المناعة لديها وعدم انخفاضها مما يشجع على تتابع الجرعات المقررة لها دون انقطاع.

كما تبين مدى انخفاض حدة القلق لدى الطفلة من "مرتفع" إلى "متوسط" بمقدار تسع درجات ليصل إلى عشرين درجة، بينما انخفضت حدة الاكتئاب لديها من "معتدل" إلى "لا يوجد" بمقدار أربع درجات ليصبح ثلاث درجات فقط.

ويتضح أن هذه النتائج ممتازة مع حالة الطفلة باعتبارها من ذوي الاحتياجات الخاصة، فهي من الحالات النادرة في تحدي الإعاقة.

**الحالة الخامسة:**

الحالة الخامسة والثلاثون بقاعدة بيانات الدراسة، لولد قرب نهاية المرحلة العمرية الأولى (أحد عشر عاماً) بالصف السادس من المرحلة الابتدائية، وهو مصاب بابيضاض الدم الليمفاوي الحاد ALL (لوكيميا الدم)، وقد استمرت فترة متابعته خمسة وثلاثين يوماً من الثاني والعشرين من سبتمبر حتى السابع والعشرين من أكتوبر - 22/9 27/10/2011، والطفل برفقة والدته.

من خلال دراسة الحالة الاجتماعية للطفل تبين أنه يسكن مع أسرته بالفيوم بحي الجبيل، وتتكون الأسرة من خمسة أبناء والوالد والوالدة، والطفل هو أصغرهم سناً، والوالد لا يحمل سوى شهادة محو الأمية ويعمل عاملاً بأحد البنوك، والوالدة تحمل مؤهلاً متوسطاً وتعمل موظفة بمجلس المدينة، أما الأبناء فجميعهم من حملة المؤهلات المتوسطة ويعملون بمهن حرة.

ومن الملاحظ أن جميع أفراد الأسرة محدودو المستوى التعليمي، كما أن المستوى المادي محدود أيضاً. ومن دراسة الحالة النفسية للطفل تبين للباحث أنه يعاني من حالة قلق واكتئاب متوسطتين قبل خوضه تجربة العلاج بالقراءة، فهو يعاني من قلق "متوسط" بمقدار عشرين درجة، بينما يعاني من حالة اكتئاب "متوسط" بمقدار تسع درجات، وقد لاقت تجربة العلاج بالقراءة استحساناً من والدة الطفل على اعتبار أنها تريد توفير كل ما يساعد على علاج ابنها، كما وجد نفس الاستحسان من قبل الطفل ذاته لحبه في القراءة، وهذا مؤشر إلى أنه من الممكن أن يكون هناك قدر من الإدراك السليم رغماً عن المستوى التعليمي المحدود، إلا أن ارتفاع المستوى التعليمي يساعد الوالد أو الوالدة على التعاون الجاد في سبيل التطبيق الجيد للتجربة، والاهتمام بمتابعة الطفل في عملية القراءة والتوصل للدروس المستفادة منها، وهنا يتضح أهمية الوعي الثقافي لدى الأسرة الصغيرة والكبيرة المحيطة بالطفل.

وببداية تطبيق التجربة مع الطفل كان هناك تطور ملموس وواضح بشكل إيجابي تجاه تحسن حالته النفسية، إلا أنه في هذه الأثناء حدث تدهور واضح في حالته الصحية وانخفاض في مستوى المناعة مما أدى به إلى دخوله العناية المركزة لفترة أسبوع،

وبعد خروجه وتماثله لقدر من الشفاء وارتفاع مستوى المناعة لديه بشكل تدريجي بدأت متابعته مرة أخرى، وكان الطفل قد انتهى من كل قراءاته المعدة له، وما تبقى سؤاله عن آخر قراءاته لعمل القياسات البعدية، إلا أنه تم تكليفه بقراءة جديدة لكتاب واحد كي يستطيع المتابعة مرة أخرى، حيث إنه كان من الصعب متابعة قراءاته قبل دخول العناية المركزة، وكانت نتيجة المتابعة في القراءة الأخيرة غير إيجابية، فقد تجاهل الطفل أهداف القصة ودروسها المستفادة، وقد أسفرت فترة التدهور ودخول العناية المركزة للطفل عن حالة من الانكسار وعدم الرضى بل وعدم الثقة في إمكانية الشفاء كما كانت لديه قبل الوعكة الصحية، فكانت نتائج القياسات البعدية مخيبة للآمال وقد تغيرت حالة القلق لديه من "متوسط" إلى مرتفع بزيادة مقدارها تسع درجات لتصبح تسعا وعشرين درجة، بينما ارتفعت حالة الاكتئاب لديه من "متوسط" إلى "شديد" بزيادة مقدارها ثماني درجات لتصل إلى سبع عشرة درجة، ويوضح هذا الانهيار في الحالة النفسية مدى معاناة الطفل النفسية إثر هذه الوعكة الصحية، كما يوضح أهمية معاونة الأسرة له في تخطي هذه الصعاب بسرعة وتدخل سريع منهم، ويؤكد على أهمية ارتفاع مستوى الوعي لدى الأسرة ودورهم في معاونة أطفالهم على تخطي مثل هذه الأمور.

وقد تركت فترة زمنية مقبولة قدرها سبعة أيام ثم أعيدت متابعة الحالة مرة أخرى بقصص جديدة وقياس بعدي آخر، واستمرت المتابعة فترة أسبوع آخر، وقد جاءت النتائج مبشرة إذ تحسنت الأحوال وعادت إلى ما كانت عليه من قبل وهو تقدم ملحوظ، إلا أنه كان من الحرص وضع النتائج الأولى لبيان مدى أهمية الحالة الصحية ومستوى الوعي لدى الأسرة في التعاون مع الطفل ورفع مستوى الحالة النفسية لديه بالتشجيع المستمر له، وأهمية الاستمرار في العلاج بالقراءة رغماً عن الصعوبات والمعوقات في سبيل ذلك أحياناً، فالعلاج بالقراءة عملية مستمرة ولا تقف عند حد معين .

## حالات لم تكتمل متابعتها لأسباب متعددة:

يشار بدايةً إلى أن جميع الحالات التي لم تكتمل دراستها مع اختلاف الأسباب لم تسجل بقاعدة بيانات الدراسة، ولكن الإشارة إلى هذه الحالات كان من خلال الملفات الخاصة بكل حالة والتي قام أخصائي العلاج بالقراءة بعملها لجميع الحالات.

## أسباب عدم إمكانية تطبيق التجربة أو عدم اكتمال متابعتها:

تدخل الحالة الأولى في عدم إمكانية تطبيق التجربة لعدة أسباب:

### ١. عدم وعي الوالدين:

رفض الوالدان خوض التجربة للخوف على الابن رغم درجة الوالد العلمية الجيدة، ورغم التوعية التعليمية المستمرة من جانب الأطباء والهيئة التمريضية بطبيعة المرض وأعراضه، وتأثير أساليب العلاج المختلفة على الحالة الصحية والنفسية، وأهمية المؤثرات النفسية للمحيطين بالطفل على تحسن حالته الصحية، فدور الأسرة في هذه المرحلة في غاية الأهمية على الطفل سلباً وإيجاباً[١].

### ٢. رفض الحالة نفسها:

عدم الاستجابة لممارسة أي نوع من الأنشطة الذهنية والاستسلام التام للمرض، وقد ساعده على ذلك حالة والديه النفسية وانعكاس ذلك عليه وإصابته بالإحباط واليأس من الشفاء، ورغماً عن ذلك فقد تعددت المحاولات مع الوالدين دون جدوى.

### ٣. الانتقال إلى حالات العلاج التلطيفي:

فقد أدت الحالة النفسية السيئة للوالدين وانعكاسها على حالة الطفل إلى مزيد من التدهور الصحي مما أدى به إلى الانتقال إلى حالات "العلاج التلطيفي" Palliative "Care" وهي الحالات التي لا جدوى من علاجها بالعقاقير، ويأتي دور علاج الألم والعلاج النفسي[٢]، وحيث إن موضوع الدراسة هو تأثير العلاج بالقراءة الموجهة على مرضى سرطان الأطفال بمستشفى سرطان الأطفال، وليسوا فئة العلاج التلطيفي، ولأن الانتقال إلى مرحلة العلاج التلطيفي تتطلب انتقال المريض إلى منزله والعلاج داخل أسرته لتحسن حالته النفسية، مما يجعل هذه الحالات خارج حدود الدراسة، لذا لم يكن من الممكن الاستمرار في المحاولة أو تضمينه ضمن حالات التجربة.

---

1) Gardnerm Ruth . Supporting Families : Child Protection in The Community . – London : John Wiley & Sons , 2003 . – PP 44 – 47 .

2) محمد أكرم بشناق. رسائل في العلاج التلطيفي. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، 2010. – ص 5.

والحالة لدينا لولد بنهاية المرحلة الثانية (ثمانية عشر عاماً) بالصف الثالث من المرحلة الثانوية علمي تخصص رياضيات، وهو مصاب بحالة ابيضاض الدم النخاعي الحاد AML (لوكيميا الدم)، والوالد حاصل على بكالوريوس هندسة ويعمل مهندس كهرباء بإحدى الشركات الكبرى للمقاولات، والوالدة حاصلة على مؤهل عالٍ وتعمل معلمة كيمياء بالمرحلة الثانوية، إلا أن الحصول على المؤهلات العليا لم يكن كافياً لوعيهما بكيفية تجاوز المحنة والتحلي بالصبر والوقوف بجانب الابن إذ كان الطفل في أشد الحاجة إلى إدراكهم لما ينبغي أن يكون في هذه الفترة الحرجة من حياته لتحسين حالته النفسية والتي تنعكس بدورها على حالته الصحية، وتساعد على ارتفاع مستوى المناعة، وبالتالي تقبل العلاج وسرعة الشفاء وتحسن جميع الوظائف الحيوية لديه.

ولكن الواقع كان غير ذلك تماماً، فالوالد والوالدة كانا في حالة خوف مروعة على الابن وحالة نفسية متدهورة وكثيري البكاء أمامه، بل كان الجو المحيط به لا يساعده مطلقاً على الخروج من حالة الاكتئاب، فقد كانا حريصين على إغلاق جميع نوافذ الغرفة وجعلها مظلمة لتساعده على النوم وفقاً لرغبته وخوفاً عليه رغماً عن تنبيه المتخصصين بالخدمة الاجتماعية والنفسية لهما بضرورة تغيير الجو النفسي للطفل، فقد تكون هذه الحالة هي رغبة من المريض في العزلة عن المجتمع المحيط به، وبدلاً من أن يكون دور الوالدين إخراجه من حالة العزلة واليأس، كانا هما العامل الرئيسي في انغماس الابن في العزلة وحالة اليأس من الشفاء والتدهور النفسي المؤدي إلى العجز التام عن الحركة وأداء أي نوع من الأنشطة العقلية أو الجسدية.

ورغماً عن تكرار المحاولات في سبيل خوض تجربة العلاج بالقراءة لما كانت تستحقه الحالة من مساعدة لتحسين الوضع النفسي المتدني، فإن الوالدين كانا يقدمان الأعذار عن عدم إمكانية التعامل مع الابن وأنهما حريصان كل الحرص على إخفاء حالته ونوع الإصابة عنه تماماً، كل هذه العوامل أدت إلى التدهور السريع للحالة الصحية رغماً عن محاولات الأطباء معه وأخصائيي الخدمة الاجتماعية والنفسية والتوعية المستمرة من جانب المستشفى للوالدين، كما كان إصرار الوالد والوالدة على استمرار هذا الأسلوب في التعامل مع الابن جعل الحالة تزداد سوءاً من يوم لآخر إلى أن وصل لمرحلة لا يجدي معها العلاج بالعقاقير الطبية

والانتقال إلى مرحلة العلاج التلطيفي Palliative Care وهي التي تقتصر على العلاج بالمسكنات والعلاج النفسي من خلال التعرف على ميوله وهواياته التي قد تساعده على الانخراط فيها لنسيان التفكير في حالته الصحية ومعاناتها، فحقه على المجتمع ألا يشعر بالألم الجسدي أو النفسي طالما هو على قيد الحياة، فشعور المريض بأهميته كإنسان هو عامل مهم في حالته الروحانية، ولذلك لابد أن يشعر المريض أن مسئوليته كفرد في المجتمع أو تجاه خالقه لم تنته ولديه الكثير مما يقدمه، ولابد للأهل والمجتمع أيضاً أن يقدروا هذا الأمر وأن ينظروا للمريض على أنه إنسان له أهميته وليس على أنه إنسان عاجز ينتظر الشفقة.

وهنا ينبغي الإشارة إلى أهمية دور العلاج بالقراءة في مرحلة العلاج التلطيفي أيضاً، فالعلاج التلطيفي هو تحسين نوعية الحياة عند المريض، وتتمثل فيه أسمى صور المفهوم الطبي والقيم الدينية والإنسانية والغايات النبيلة مع الأساليب العلمية الراقية(١).

### ٤. عدم التمكن من القراءة:

فقد تبين أن هناك بعض الحالات التي لا تتمكن من القراءة وأنها في حاجة إلى مساعدة رغماً عن تجاوزهم عشر سنوات وعلى اعتبار أنهم في الصف الثالث أو الصف الرابع من المرحلة الابتدائية، إلا أن هناك قصوراً في التعلم أدى بهم إلى ذلك، ونظراً لأن موضوع البحث هو العلاج بالقراءة فلا تعنينا الفئة التي تحتاج إلى أن نقص عليهم القصة من خلال الأقرباء حتى وإن كانت وسيلة بديلة وقد يكون لها تأثير إيجابي بهذا الصدد، فحدود التجربة تجبرنا على الالتزام بحدود معينة يجب مراعاتها عند التطبيق.

ولدينا حالتان: الأولى لولد في المرحلة العمرية الأولى (تسع سنوات) في الصف الرابع من المرحلة الابتدائية وهو مصاب ضمن مجموعة أورام في الدماغ والحبل الشوكي Brain & Spinal Cord Tumors (B.T.) وهو برفقة خالته، بينما الوالد والوالدة يتابعان الحالة من خلال زياراتهما له ما أمكن ذلك لانشغالهما، فالوالد يعمل بأي عمل حر يتوفر له وليس لديه سوى شهادة محو الأمية، وهو يحاول

1 ) محمد أكرم بشناق. رسائل في العلاج التلطيفي. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، ٢٠١٠. – ص ص ١٢ – ١٤.

توفير مطالب الأسرة الأساسية، بينما الوالدة لا تعمل ولا تحمل شهادات دراسية فهي لم تنل أي قسط من التعليم، وعدم تفرغها لانشغالها مع أولادها وبناتها وعددهم ثلاثة أولاد غير الطفل المصاب، وبنت واحدة، وجميع الأولاد بالمراحل التعليمية الابتدائية والإعدادية، والابنة بالصف الثاني من المرحلة الإعدادية والطفل هو أصغر إخوته وأخواته، والأخ الأكبر يعمل مع والده للمساعدة على مصاعب الحياة.

ويبدو من الوهلة الأولى عدم الوعي الكافي لدى الوالد والوالدة لعدم الإحساس بالمسئولية تجاه الابن المريض في مرافقته، فتخلي الوالدة عن مسئوليتها تجاه الابن المريض، وعدم وعيها بأهمية وجودها إلى جانبه في أوقاته العصيبة، يعني عدم المتابعة قبل مرضه في مختلف مناحي الحياة من تعليم وصحة وتوعية، وهذا الإهمال أدى به إلى إهمال دروسه اليومية، وبالتالي تدني المستوى التعليمي إلى الدرجة التي لم يتمكن فيها من القراءة رغماً عن تجاوزه تسع سنوات.

أما الحالة الثانية فهي لولد وأيضاً في المرحلة العمرية الأولى (عشر سنوات) في الصف الرابع من المرحلة الابتدائية وهو مصاب بحالة "ورم ولمز الكلوي" (Wilms' TumorW.T.)، والأسرة تتكون من ثلاثة أطفال والوالد والوالدة، والطفل ترافقه والدته وهو أصغر إخوته، فلديه أختان إحداهما بالصف الثاني من المرحلة الثانوية والأخت الثانية في الصف الأول من المرحلة الإعدادية، أما الوالد فيحمل مؤهلاً متوسطاً ويعمل بأحد البنوك في مجال السكرتارية، والوالدة لا تعمل وتحمل أيضاً مؤهلاً متوسطاً.

وقد تبين مدى اهتمام الوالدة بالطفل، ورغماً عن ذلك فهو لا يستطيع القراءة إلى هذه المرحلة المتأخرة من العمر، فالاهتمام هنا بشخصه ومتطلباته اليومية ورغبته في الاقتناء واللعب وما إلى ذلك دون الاهتمام بالمضمون والناحية التعليمية، فهو على قدر كبير من التدليل على اعتبار أنه الولد الوحيد وهو في نفس الوقت أصغر الأبناء، ورغماً عن عدم تدني المستوى العلمي لكل من الوالد والوالدة، وموافقة الوالدة على خوض الابن لتجربة العلاج بالقراءة وهي تعلم عدم قدرته على القراءة، إذ كان في اعتقادها أنها هي التي سوف تقوم بدور القراءة بينما الابن مستمعاً، فقد استبعد الطفل من حيز التجربة لأن موضوع الدراسة هو العلاج

بالقراءة، وعدم قدرته على القراءة يترتب عليه عدم جوازه للشروط الواجب توافرها فيمن يدخل ضمن الدراسة التجريبية.

وحرصاً على الحالة فقد تمت متابعة خطوات التجربة مع الطفل من قياسات قبلية من خلال قراءة الأسئلة عليه والإجابة عليها، ثم المتابعة مع المرافقة للطفل (والدته) من خلال تسليمها قصة في كل زيارة لتقوم بقصها عليه، وتلو كل قصة تتم مناقشة الطفل حول القصة، ومدى استفادته منها، ثم إجراء القياسات البعدية في نهاية مرحلة القراءة، وقد كانت النتائج ممتازة مع الطفل، وقد أعطت هذه النتائج أملاً للباحث في إمكانية تطبيق نظام العلاج بالقراءة من خلال قراءتها من شخص آخر، وبالتالي إمكانية تطبيقها مع الأطفال دون السابعة وقبل تعلم القراءة مع احتمال مؤشرات إيجابية حالها حال تطبيقها مع الأعمار الأخرى، فهم أيضاً في أمس الحاجة للمساعدة والأخذ بيدهم إلى نفسية أكثر طمأنينة وبعداً عن القلق والاكتئاب والخوف، مع مراعاة تحري الدقة في القائم بالقراءة على الطفل والشروط التي ينبغي أن تتوفر فيه لتقبل الطفل السماع والاستيعاب.

وهذا يأخذنا إلى ضرورة الاهتمام بهذه الفئة غير القليلة من خلال تخصيص شخص يقوم بعملية القراءة، وخاصةً مع السياسات التعليمية الحالية التي تهتم بكم المعلومات دون وصول هؤلاء التلاميذ إلى التمكن من المهارات التعليمية المختلفة، إلا أن الوصول لهذه الفئة من خلال برنامج للعلاج بالقراءة يختلف في أسلوب التطبيق ومعاييره عن غيره من البرامج الأخرى، وكذلك معايير القائم على القراءة سواء كان المتخصص في العلاج بالقراءة Bibliotherapist أو أي شخص آخر، وما ينبغي أن يتوفر من مواصفات نفسية، وثقافية في هذا القارئ، وكيف يمكن تأهيله لهذا الدور الذي لا يقل أهمية عن مضمون الكتاب المخصص للقراءة بهدف العلاج.

**٥. سوء الأحوال الصحية:**

بما يستحيل معه إجراء التجربة أو متابعتها مع الطفل، وهو السبب الخامس في عدم تمكن أخصائي العلاج بالقراءة من تطبيق التجربة، فقد رأى المعالج بعض الحالات التي لا يمكن معها إجراء أي نشاط ذهني، وأكثرهم من حالات الأورام الدماغية أو الحالات المتأخرة من اللوكيميا، فبعض الحالات تطول فترة متابعتها

لحين تحسن الحالة الصحية، وفي حال استقرارها أحياناً تكون تحت رعاية لا تسمح لها بإجراء أي نوع من الأنشطة الذهنية أو الجسدية.

وكانت هناك حالة واحدة لبنت في المرحلة العمرية الأولى (أحد عشر عاماً) بالصف الخامس من المرحلة الابتدائية، وهي مصابة بورم دماغي Brain Tumor وترافقها والدتها، ومن دراسة الحالتين الاجتماعية والنفسية تبين أن الطفلة تقيم مع أسرتها بمدينة العاشر ولديها أخ واحد بالمرحلة الإعدادية، والوالد والوالدة يعملان وحاصلان على مؤهلات دراسية عليا والحالة الاقتصادية فوق المتوسط، فالوالد يعمل بأحد البنوك والوالدة تعمل بمجال التدريس للمرحلة الإعدادية بمدارس لغات، والطفلة متواصلة مع أقرانها داخل أسرتها وخارجها، ومتفوقة دراسياً بإحدى مدارس اللغات، ولكنها بعد إصابتها لم تتمكن من متابعة دراستها، وقد تم إجراء المقابلة مع الطفلة ووالدتها وأبدت الوالدة الموافقة على دخول الابنة ضمن الدراسة وكذلك الطفلة وتم عمل القياسات القبلية للقلق والاكتئاب والتي تأكد منها تعرض الطفلة لحالة واضحة من القلق "المرتفع" والاكتئاب "الشديد" والخوف، إلا أن تدهور حالة الطفلة الصحية نتيجة للورم كان يؤدي إلى غيابها عن الوعي لأوقات تطول مما تعذر معه متابعة الحالة حيث تقرر لها إجراء عملية جراحية لاستئصال الورم، ولطول فترة العلاج للطفلة وعدم قدرتها على أداء أي نشاط عقلي قد تصل لعدة شهور فقد أغلق ملف الطفلة على وضعه لحين تماثلها للشفاء وخضوعها للعلاج الكيماوي لعدم انتشار الورم بأماكن أخرى، وحينها قد يمكن تطبيق تجربة العلاج بالقراءة مع الطفلة.

**٦. الوفاة:**

وتعد السبب السادس والأخير الذي ينتفي معه إمكانية الاستمرار في متابعة الحالة ولم تكن لدى أخصائي العلاج بالقراءة سوى حالة واحدة لبنت في المرحلة العمرية الأولى (اثنا عشر عاماً)، في الصف السادس من المرحلة الابتدائية، وهي مصابة بحالة ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد ALL (لوكيميا الدم) وهي برفقة والدتها، ومن دراسة الحالة الاجتماعية تبين أن الطفلة تعيش مع أسرتها بصعيد مصر، وأن الوالد يعمل بإحدى شركات الاستثمار ويحمل مؤهلاً متوسطاً (دبلوم صناعي)، والأم لا تعمل وهي تحمل أيضاً مؤهلاً متوسطاً (دبلوم تجارة)، ولديها ثلاث أخوات وأخ واحد وجميعهم بمراحل التعليم الثانوي والإعدادي وهي أصغرهم سناً،

وتلاقي رعاية جيدة من والديها، ومن خلال دراسة الحالة النفسية تبين أن الطفلة متواصلة مع الأقران داخل الأسرة وخارجها، إلا أنه تبين من خلال القياسات القبلية أنها تعاني من قلق "مرتفع" بمقدار سبع وعشرين درجة، وحالة اكتئاب "متوسط" بمقدار ثلاث عشرة درجة، وقد زالت حدة القلق والخوف الذي كان ينتابها مع بداية خوض تجربة العلاج بالقراءة ومع بداية المتابعة، وقد كانت الوالدة مشجعة على دخول ابنتها ضمن الدراسة التجريبية للعلاج بالقراءة، وكان لديها الوعي الكافي بما يفيد ابنتها ويخرجها من حالة التوتر والقلق، كما أن البنت كانت محبة للقراءة. لذا فقد تجاوبت في بداية التجربة وتعددت القراءات، وقد كانت الحالة على وشك أداء القياسات البعدية، إلا أن تدهور حالتها الصحية أدى بها إلى دخول العناية المركزة، وبعد أسبوع من دخولها العناية المركزة توفيت الحالة، وأغلق ملف الطفلة حتى هذه المرحلة.

بهذه الحالة تكون قد اكتملت الحالات ذات المواجهات المعوقة لأداء التجربة بالشكل الأمثل، وتم عرض الأسباب التي تكون عائقاً في سبيل دراسة الحالات وتضمينها بالتجربة.

وباكتمال إجراء تجربة العلاج بالقراءة على جميع الحالات المتضمنة، ومن خلال نتائج اختبارات القلق والاكتئاب القبلية والبعدية، اتفق فريق العمل والمتكون من أخصائي العلاج بالقراءة، وأخصائيي الخدمة النفسية والاجتماعية، والطبيب المعالج لكل حالة، على أن ثمة تحسناً قد طرأ على معظم الأطفال الذين شملهم البحث، ورغماً عن تفاوت هذا التحسن من حالة لأخرى، فإنه قد اتخذ اتجاهاً إيجابياً، وهذا ما سوف يناقش تفصيلياً في الفصل التالي والأخير من هذه الدراسة، والخاص بعرض النتائج ومناقشتها.

# الفصل الخامس

# نتائج التجربة ومناقشتها

- تمهيد
- محاور عرض النتائج ومناقشتها
  - المحور الأول: مكتبات المستشفيات والعلاج بالقراءة
  - المحور الثانى: أخصائى العلاج بالقراءة
  - المحور الثالث: المستفيد من العلاج بالقراءة
  - المحور الرابع: مرافق المستفيد من العلاج بالقراءة
  - المحور الخامس: أدوات التجربة
  - المحور السادس: أسلوب العلاج بالقراءة
- سمات البرنامج الأمثل للعلاج بالقراءة

# تمهيـــد

يتم التعرض هنا للنتائج التي تمخضت عنها التجربة العملية، مع مناقشة لكل نتيجة، وتفسيرها، وتأويلها في ضوء المتغيرات والعمليات المختلفة المحيطة بعملية التطبيق، وكذلك ما ورد في الدراسات النظرية، وآراء المتخصصين، والرؤية الخاصة بأخصائي العلاج بالقراءة من واقع المعايشة الفعلية، كما يشتمل الفصل على سرد لبعض الملحوظات المهمة والمؤثرة في سبيل تطبيق التجربة، ومن ثم يمكن كتابتها على هامش ما يمكن أن يعد على غرارها من دراسات للعلاج الموازي كالعلاج بالقراءة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة التجريبية لتأثير العلاج بالقراءة على أطفال مرضى السرطان بمستشفى سرطان الأطفال مؤشراً إيجابياً نحو الإقلال من حدة الخوف والتوتر والقلق والشعور بالاكتئاب لدى الأطفال الذين تعرضوا للتجربة، وذلك من خلال نتائج مقاييس القلق والاكتئاب قبل تجربة العلاج بالقراءة وبعدها، مع مراعاة الظروف المحيطة بتطبيق التجربة.

وفيما يلي استعراض للنتائج التي انتهت إليها الدراسة التطبيقية، مع مناقشتها، وبيان التفسيرات التي يرتئيها أخصائي العلاج بالقراءة لكل منها.

# محاور عرض النتـائج ومنـاقشتـها

ستتم مناقشة النتائج من خلال عدة محاور تتأثر بالتجربة وتؤثر فيها وهي:

- (المحور الأول) مكتبات المستشفيات والعلاج بالقراءة.
- (المحور الثاني) أخصائي العلاج بالقراءة.
- (المحور الثالث) المستفيد من العلاج بالقراءة.
- (المحور الرابع) مرافق المستفيد من العلاج بالقراءة.
- (المحور الخامس) أدوات التجربة.
- (المحور السادس) أسلوب العلاج بالقراءة.

وفي نهاية الفصل تم عرض سمات برنامج للعلاج بالقراءة بمعايير محددة أعد لأطفال مرضى السرطان بوجه عام مع مراعاة الظروف المختلفة لأطفال مستشفى سرطان الأطفال 57357 على وجه الخصوص.

## المحور الأول: مكتبات المستشفيات والعلاج بالقراءة

تختلف الطموحات تجاه العلاج بالقراءة بين مصر والوطن العربي من جهة وبين أمريكا وأوروبا من جهة أخرى، هذا رغماً عن أن القراءة بمفهومها العلاجي قد عرفت بمصر منذ العصور القديمة، فقد كتب على جدران المكتبات المصرية القديمة "هنا علاج الروح"، و"بيت علاج النفس" إلا أن الخطوات التي خطتها أمريكا وأوروبا في الاهتمام بهذا النوع من العلاج منذ بداية القرن التاسع عشر وتحديداً عام ١٨٠٢ حين أوصى "بنيامين روش"[1] Benjamin Rush بالقراءة في علاج المرضى، كما أوصى بعلاج مرضى الأمراض العقلية عن طريق القراءة أيضاً باستخدام القصص والكتب الدينية، بينما ظلت مصر والمنطقة العربية في هذا المجال راكدة دون حراك، فالمكتبة إن وجدت ببعض المستشفيات كانت وظيفتها الوحيدة خدمة الأطباء والهيئة التمريضية دون النظر إلى الفئات الأخرى من خدمات أخرى معاونة وموظفين وإداريين، والفئة التي ينبغي على مكتبات المستشفيات خدمتها في الأساس هي فئة المرضى ومرافقيهم، فهذه الفئة وخاصة من المرضى المقيمين ليس لديهم أي مكان آخر يمكنهم التردد عليه للقراءة سوى مكتبة المستشفى المقيمين فيها.

هذا على مستوى التطبيق، أما على مستوى الإنتاج الفكري العربي، فنجد أن مقالي الدكتور "ملاك جرجس"[2]،[3] اللذين نشرا عام ١٩٥٩ هما أول إشارة عربية لموضوع العلاج بالقراءة، والمقالان وإن كتبا بقلم غير مكتبي، حيث كان الدكتور "جرجس" مدرساً لعلم النفس الجنائي وعلم نفس الشواذ بجامعة عين شمس وقت كتابته لهما، فإننا نكاد نتلمس الحس المكتبي بين ثنايا المفردات التي اشتمل عليها مقالاه اللذان

1) Weimerskirch, Philip J. Benjamin Rush and John Minson Galt, II : Pioneers of Bibliotherapy in America . - Bull Med Libr Assoc, 53 (4), (October 1965) . – P.P. 510 – 526 .
As Cited in: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC198327/ , (Cited 1/5/2012)

2 ) ملاك جرجس. المكتبة تسهم في علاج الأمراض النفسية والعقلية. – عالم المكتبات، س١، ع٤ (مايو – يونية ١٩٥٩). – ص ص ٢٢ – ٢٤.

3 ) ملاك جرجس. العلاج بالكتب.. علم وفن. عالم المكتبات، س١، ع٥ (يوليو – أغسطس ١٩٥٩). – ص ص ٢٠ – ٢٣.

شغلا في مجموعهما عددًا من الصفحات لا يتجاوز السبع، وقد وصف هذان المقالان بأنهما بمثابة محاولة تبشيرية بمجال وليد وافد يراد توطينه في الأرض العربية لتخصص المكتبات[1].

وأرى أن وصف مقالتي الدكتور "ملاك جرجس" بهذا الوصف السابق، فيه إنكار لمعرفة مصر القديمة بهذا المجال كما هو واضح من كتابات على جدران المكتبات المصرية القديمة تبين مدى الوعي بأهمية المكتبة والقراءة كعلاج للروح والنفس، وأن هذا المجال ليس وليداً، وإنما هو كحال عديد من المجالات التي كانت لمصر فيها الريادة ثم تحولت فيها إلى تابع للتقدم الأمريكي والأوروبي.

وبتطور إدراك مفهوم العلاج بالقراءة والتعرف على أهمية دور مكتبات المستشفيات تجاه المرضى كمستفيدين من الطراز الأول، وأهمية القراءة في علاج الأمراض النفسية والعصبية بشكل مباشر، وكذلك الأمراض العضوية بشكل غير مباشر، وذلك من خلال العديد من الكتابات للمتخصصين بمجال المكتبات والمعلومات، وكذلك الدراسات الأكاديمية التي تبين أهمية القراءة في مجال العلاج الموازي، اتضح أهمية وجود المكتبات بالمستشفيات لممارسة المرضى للقراءة العلاجية، وكذلك أهمية الإعداد العلمي والنفسي للمعالج بالقراءة Bibliotherapist ليكون لدينا أهم وأقوى عاملين لإنجاح برامج العلاج بالقراءة بمختلف المؤسسات الصحية على المستوى الإكلينيكي.

كما ينبغي على جمعيات المكتبات المصرية والعربية الاهتمام بهذا المجال وتدعيمه والعمل على توافر مكتبات بمساحات ملائمة وميزانيات قوية تخدم البحث العلمي وكذلك تخدم المرضى وذويهم من خلال توفير مختلف خدمات المعلومات، والمساهمة في العلاج الموازي بممارسة العلاج بالقراءة، وتوفير الأدوات اللازمة لذلك وتوعيتهم بأمراضهم وكيفية التغلب عليها وعلى تداعياتها النفسية المرتقبة، والتي قد لا تكون بنفس التأثير على المريض حال معرفته بها مسبقاً، وبالتالي تقلل من الأعراض النفسية، فيساعد ذلك على التأثير الإيجابي للعلاج الفيزيائي، كما يساعد المريض على تقبل العلاج والالتزام به كسبيل للشفاء.

---

1) عبد الله حسين متولي. مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة تطبيقية على مرضى الفصام. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، ٢٠٠٣. – ص ص ٨٢ – ٨٣.

ورغم أن العديد من المستشفيات قد لا يوجد بها مكتبة واحدة تختص بتقديم الخدمات للمرضى، أو وجود مكتبة دون الاهتمام بها من مختلف نواحيها الإدارية والفنية، فإننا نجد بمستشفى سرطان الأطفال 57357 أربع مكتبات مخصصة للأطفال بمختلف الأدوار، وهذا يعكس مدى وعي واهتمام الإدارة بتقديم مختلف الخدمات الترويحية والثقافية للأطفال المرضى، إلا أن هناك قصوراً في تدعيم هذه المكتبات بالمختصين في مجال المكتبات الطبية والمختصين بممارسة العلاج بالقراءة مع مختلف الفئات العمرية، كما أن المكتبات لا تخضع إشرافياً للمختصين في مجال المكتبات والمعلومات، وتزويد المكتبة بالمقتنيات لا يخضع لمعايير محددة كي تصلح هذه المقتنيات لاستخدامها في مجال القراءة الموجهة أو العلاج بالقراءة. وخضوع هذه المكتبات لإشراف الخدمة الاجتماعية فقط غير كاف لتقديم خدمة العلاج بالقراءة بالأسلوب السليم والذي يؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة والإيجابية في سبيل تحسن الحالة النفسية والصحية من خلال الممارسات القرائية المدعومة بفريق عمل يتكون من:

**أولاً** : الطبيب المعالج للحالة والذي يحدد مدى الحالة الصحية، ومقدار المناعة، وإمكانية تجاوبه وفقاً لطبيعة مرضه.

**ثانياً** : الطبيب النفسي الذي يحدد طبيعة التداعيات، والظواهر النفسية السيئة التي يتعرض لها كل طفل لتقديم الخدمة الفردية لكل مريض على حدة إذا تطلب الأمر ذلك، أو تقديم الخدمة الجمعية للحالات المتشابهة في ظروفها الصحية والنفسية.

**ثالثاً** : فريق الخدمة الاجتماعية الذي يقوم بدعم أخصائي العلاج بالقراءة من خلال تزويده بالحالة الاجتماعية والبيئية لكل طفل، ومدى تجاوبه وتفاعله مع الآخرين، وكذلك تهيئته النفسية قبل التعامل مع أخصائي العلاج بالقراءة.

**رابعاً** : أخصائي مكتبات، وهو الذي تصب عنده كل البيانات من الجهات السابقة ليستخدمها في صالح المريض أو المستفيد من خدمة العلاج بالقراءة، وينبغي أن يكون ملماً بالإنتاج الفكري، ولديه القدرة على تحديد قوائم في مختلف الموضوعات، ولمختلف المراحل العمرية والتي تخدم ممارسات علاج مختلف الظواهر النفسية السلبية الناجمة عن الإصابة ببعض الأمراض، وأساليب

علاجها المختلفة، فهو المسئول الأول عن تزويد المكتبة، وعن سلامة أدوات التنفيذ، وأيضاً عن تقديم الخدمة نفسها، لذا من الضروري أن يتولى المسئولية الإشرافية الكاملة عن مكتبة المرضى، وربطها بالمكتبة الطبية للمستشفى، والمسئولة عن خدمة الأطباء والهيئة المعاونة والعاملين من خلال بعض المراجع التي توضح أهمية القراءة العلاجية أو العلاج بالقراءة، لإحداث التفاعل من الجميع تجاه ثقافة العلاج بالقراءة، وإظهار مدى اهتمام أمريكا ودول أوربا لما لها من باع طويل في مجال المكتبات الطبية وأهميتها في مجالات البحث العلمي وعلاج المرضى منذ عقود . لذا وجب علينا أن نتخطى مراحل الكتابات النظرية إلى مرحلة التطبيق الإكلينيكي.

**خامساً** : مرافق للطفل المريض قريب إلى نفسه كوالدته، أو والده، وعلى مستوى مقبول من الثقافة وحسن الإدراك لما يعود على الطفل بالنفع، ليس فقط ليكون له عوناً ومشجعاً، بل والقراءة له إذا تطلب الأمر أثناء عدم مقدرته رغماً عن احتياجه إليها.

## المحور الثاني: أخصائي العلاج بالقراءة

ويطالعنا في إطار ذلك سؤال على درجة كبيرة من الأهمية وهو:

هل من الأفضل أن يكون المشتغل بالعلاج بالقراءة متخصصاً أساساً في مجال المكتبات والمعلومات، ثم يحصل على مقررات ودورات إكلينيكية تأهيلية كتلك التي يحصل عليها الأطباء والأخصائيون النفسيون؟ أم من الأفضل أن يكون إكلينيكياً في الأساس ويؤهل بتوجه مكتبي محدد؟

ويرى الدكتور "شعبان خليفة" نفس رؤية "مارجريت كيني Margaret Kinney"[1] أنه سواء كان هذا أم ذاك، فما يهم هو أن يكون القائم على العلاج بالقراءة مسيطراً على مادته وأدواته سيطرة تامة، ويفهم الشخص الذي يعالجه فهماً كاملاً، ولا يهم بعد ذلك إن كان مكتبياً تم تأهيله إكلينيكياً أو إكلينيكياً تم تأهيله مكتبياً.

1) Kinney, Margaret . The The Bibliotherapy Program : Requirments for Training . – Library Trends . – (11), Oct., 1962 . – P.P. 129 – 131 .

فالقائم على العلاج بالقراءة هو المسئول الأول عن نجاح التجربة أو فشلها، حيث إنه المتحكم في معظم عناصرها، بالإضافة إلى أن أسلوبه في إقناع المستفيد بأهمية العلاج بالقراءة يعتبر المحك الرئيسي بعد ذلك في التطبيق الأمثل للتجربة، كما أن لدوره أهمية كبيرة في إقناع المرافقين للمريض بأهمية القراءة كعلاج موازٍ، وأن له دوراً أساسياً في تخفيف حدة التوتر، وبالتالي الإسراع بنتائج أفضل للعلاج الفسيولوجي.

ومن خلال التعامل مع الأطفال وذويهم أثناء إجراء التجربة اتضح أن هناك مجموعة من الأمور التي ينبغي مراعاتها وهي:

١. ينبغي على المسئول عن العلاج بالقراءة مراعاة الالتزام والحرص في انتقاء الألفاظ بعناية أثناء عرض فكرة العلاج بالقراءة بحيث يراعي عدم إشعار الطفل ومرافقيه بأنه مجرد حالة للتجربة وبنهايتها تنتهي العلاقة بين الطفل والقائم على العلاج بالقراءة[1]، وهذا يتطلب أخصائي علاج بالقراءة على درجة عالية من الوعي، وحسن التصرف في مختلف المواقف، وأن يكون ملماً ببعض مجالات علم النفس، مثل علم نفس النمو، والتي تجعله قادراً على التعامل مع الأطفال وذويهم بلباقة وحضور متميز تجعل الأطفال يشعرون بقربه منهم، والانجذاب إليه[2]، فهو صاحب الوقع الأول الذي يجعل الطفل يتجاوب معه ويخرج به من التوتر النفسي الذي يشعر به نتيجة لانفصاله عن أقرانه وإخوانه بالمستشفى. أو يخشاه، ويشعر بأنه جزء من العلاج اليومي الذي يتمنى من داخله أن ينتهي منه في أسرع وقت ممكن. ويجب التمييز بين القائم على العلاج بالقراءة، وبين من يقوم بدور القارئ للمادة المقروءة على المريض حال الاحتياج لذلك.

٢. كانت هناك العديد من الحالات أثناء التطبيق ترفض المشاركة، لعدم رغبة المريض في أن يكون محط الاهتمام، أو اعتقاداً منه أن يكون مادة إعلامية من خلال صور فوتوغرافية، أو تسجيل مرئي، فحالته المرضية والتي تنعكس على نفسيته بكثير من القلق والخوف والاكتئاب تجعله غير راغب في التفاعل والتأثر بمن حوله، وبالتالي تعاطف المرافقين له وتأييده، إذا لم يكونوا على مستوى ثقافي يسمح لهم بتفهم الأمور بشكلها الصحيح.

---

1) Kamman, Gordon R. "The Role of Bibliotherapy in the Care of the Patient," *Bulletin of the American College of Surgeons*, 24: 183-184, June 1939. – PP 187 – 189.

2) http://www.ideals.illinois.edu/bitstream/handle/2142/6056/library..?sequence, ( Cited 3/7/2012 )

٣. وهنا يأتي دور أخصائي العلاج بالقراءة المتمرس، والمتفهم مسبقاً لكل هذه التصرفات، ومتوقعاً لردود الأفعال المختلفة، ويعرف مسبقاً الرد بمختلف الوسائل الممكنة والتعرف على هواياته والأشياء المحببة إلى نفسه من خلال المرافق له، كحبه للرسم والتلوين أو بعض الألعاب على الكمبيوتر، وتبدأ بعد ذلك محاولاته بالتواصل مع الطفل من خلال هذه الأنشطة والأشياء المحببة له، وبأسلوب لبق لا يزيد من توتر الطفل وولي أمره، أو مرافقيه، ولا من توجسهم حيال أسلوب عرض الأخصائي لتنفيذ البرنامج دون التقرب من الأطفال وذويهم بما يطمئنهم ويجعلهم حريصين على المشاركة، وعلى تنفيذ البرنامج، والتفاعل مع القائمين عليه.

٤. حرص القائم على العلاج بالقراءة على كيفية الجلوس مع الطفل، إذ ينبغي مراعاة أن يكون جالساً بجوار المريض وعلى مقربة منه وليس أمامه ولا على مسافة بعيدة، فيشعر الطفل كما لو أن هذا المعالج مجرد ناصح له، أو كأن هذه الجلسة حصة دراسية مما يزيد من قلق الطفل، وعدم التعايش والتفاعل مع أخصائي العلاج بالقراءة، كما ينبغي مراعاة أن يكون جالساً بمستوى سرير الطفل وليس أعلى منه، حتى يشعر الطفل بالتقارب النفسي، وأنه في جلسة من طرفين وليس من طرف واحد، وهو مجرد مستقبل لبعض الأوامر والتنبيهات التي يجب عليه مراعاتها دون مناقشة.

٥. الحرص على الحصول على كل ما ييسر عملية الاتصال بالطفل أيام العطلات أو الأيام التي يصعب فيها المتابعة مع الطفل إما للحالة الصحية للطفل والتي لا تسمح بالتواصل في أوقات معينة، أو لأسباب صحية تتعلق بالقائم على العلاج بالقراءة كإصابته بنوبة برد مما يمنع المتابعة حرصاً على سلامة الطفل، فالاتصال به في الأيام التي تخلو من الزيارات الإكلينيكية يكون لها وقع جيد على الطفل ومرافقه، ويشعره بأهميته، وأنه ليس مجرد حالة بغرض البحث العلمي، بل هو اهتمام على المستوى الشخصي، مما يجعل لديه الرغبة في التفاعل بأكثر قدر من الإيجابية تجاه تكليفات أخصائي العلاج بالقراءة، وأكثر تفاعلاً في محاوراته حول هذه القراءات.

من الملاحظات السابقة والناجمة عن نتائج التطبيق الإكلينيكي لتجربة العلاج بالقراءة، والتي أوضحت أهمية دور أخصائي العلاج بالقراءة في نجاحها وتحقيق الدور الإيجابي المطلوب في سبيل تحسن الحالة الصحية والنفسية للطفل المريض، يتضح أنه ينبغي مسبقاً تقديم دعم كاف لهذا الأخصائي منذ دراسته بالأعوام الأولى

بأقسام المكتبات بمختلف الجامعات، على المستوى العام عن مفهوم العلاج بالقراءة، وعلى المستوى الخاص لمن يريد أن يسلك هذا الاتجاه في مجال المكتبات الطبية، ومكتبات المستشفيات، وأن يعمل في هذا المجال الذي تتسم فيه الكوادر العلمية المتخصصة بالندرة. لذا ينبغي دعم هذه الكوادر من خلال:

**(أ) تدريس العلاج بالقراءة ضمن مقررات أقسام المكتبات والمعلومات:**

يعتبر تدريس العلاج بالقراءة كمقرر دراسي على المستوى العربي من الطموحات الهامة والمبشرة ببناء أجيال من خريجي المكتبات والمعلومات قادرين على القيام بخدمة العلاج بالقراءة في مختلف الأمكنة، ومع مختلف الفئات والمستويات العقلية والثقافية.

ويشير الدكتور "أحمد بدر" إلى أن عام 1970 قد شهد وضع أول مقرر دراسي في مجال العلاج بالقراءة، وذلك في مدرسة المكتبات بجامعة "فيلانوفا" Villanova University بالولايات المتحدة الأمريكية[١].

كما يشير الدكتور "شعبان عبد العزيز خليفة" إلى أن جامعة "لونج أيلاند" Long Island University قامت عام 1972 بتنظيم مقرر في العلاج بالشعر تحت عنوان "الإرشاد النفسي" وتولى تدريسه "جيمس مور" الأستاذ بقسم التوجيه والإرشاد النفسي[٢]، كما تقوم "مدرسة المكتبات وعلم المعلومات بجامعة جنوب فلوريدا" The School of Library and Information Science – University of South Florida بتقديم مقرر تمهيدي في العلاج بالقراءة، يبدأ خلال شهر يناير من كل عام أكاديمي، وهو من النوع التعليمي البحت من حيث التعريف بالعلاج بالقراءة وجدوى إعداد برنامج خاص به، لكن دون التركيز بدرجة كبيرة على الممارسة الفعلية اليومية للعلاج بالقراءة[٣]، كما تقوم بالشيء نفسه جامعات أخرى في الولايات المتحدة الأمريكية ومن أبرزها "مدرسة المكتبات بالجامعة الكاثوليكية الأمريكية" The Catholic University of American's Graduate School of

1) أحمد بدر. البيليوثيرابيقا، أو العلاج بالكتاب والقراءة. مرجع سابق، ص ٦٣٧.

2) شعبان عبد العزيز خليفة. العلاج بالقراءة أو البيليوثيرابيا وهو الحلقة الثالثة من البيليوجرافيا أو علم الكتاب. مرجع سابق، ص ٤٥٨.

3) Smith, Alice Gullen . (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy : A State of The Art . Op. Cit. P. 49 .

Librarianship والتي قامت "أرلين ماكرتي هاينز" Arleen McCarty Hynes بتدريس مقرر للعلاج بالقراءة بها مبني على فكرة العلاج التفاعلي، وتفعيل دور "ميسر المجموعة المناظر" Peer Group Facilitator[1].

وبدراسة مسحية لعينة عشوائية من أدلة مقررات مدارس المكتبات والمعلومات في جامعات أمريكا في أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات قوامها خمسون دليلاً، وجد أن "مدرسة المكتبات والمعلومات بجامعة جنوب فلوريدا بمقاطعة تامبا" School of Library and Information, University of South Florida, Tampa هي المدرسة الوحيدة التي يوجد بها مقرر يحمل اسم "العلاج بالقراءة" Bibliotherapy أما بقية المدارس فلا تقدم سوى مقررات مساعدة تخدم بشكل ما في اتجاه العلاج بالقراءة مثل: الإنتاج الفكري الخاص بالأطفال، أو الشباب والناشئة، الإرشاد القرائي، سرد القصص، اختيار أوعية المعلومات وتنمية المقتنيات. وليس هناك مدرسة واحدة سوى المدرسة المذكورة التي ناقشت العلاج بالقراءة كجزء من هذه المقررات[٢].

هذا وقد أكدت "مارجريت كيني" Margaret Kinney على ضرورة ألا يكون محتوى مقررات العلاج بالقراءة باعثاً على الملل، وأن تقتصر المناهج بشكل مختصر على متى؟ وكيف؟ وأين؟ يتم الحصول على أوعية المعلومات، أكثر من تركيزها على المتعة التي تحققها هذه الأوعية في نفوس الأشخاص[٣]، بينما يؤكد الدكتور "شعبان عبد العزيز خليفة" على ضرورة الأخذ بمنهج التعليم البيني أو المتعدد الارتباطات Interdisciplinary Education فيما يدرس من مقررات تؤهل للتخصص في العلاج بالقراءة إلى جانب فروع علم المكتبات مثل: علم النفس خاصةً الجوانب المتعلقة بالتوجيه والتشخيص والاختبارات النفسية، وعلم الاجتماع من حيث علاقته بالمشكلات الطبية، والمشكلات الاجتماعية المختلفة كالزواج، والطلاق، والموت، والإحصاء، وأدب الأطفال والشباب والكبار وخاصةً كبار السن، والحاسب الآلي[٤].

---

1) Smith, Alice Gullen . (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy : A State of The Art . Op. Cit. P. 47.
2) Smith, Alice Gullen . (1991) Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy : A State of The Art . Op. Cit. P. 50 .
3) Kinney, Margaret M. The Bibliotherapy Program : Requirements for Training . – Library Trends . – 11, (Oct., 1962) . – P. 133 .
4) شعبان عبد العزيز خليفة. العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا، وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب. مرجع سابق. ص ٤٥٨.

وإياً ما كانت المقررات التي يجب أن يتضمنها منهج العلاج بالقراءة، فإنه من الأهمية وجود مقررات دراسية لتشجيع البحث العلمي في هذا الاتجاه المهمل بجانبيه النظري والعملي، فوجود نشاط علمي وبحثي يعكف على دراسته يؤدي إلى تكرار محاولات التطبيق بمختلف المؤسسات الصحية، وتراكم الخبرات الجادة بدوره يضمن رفع مستوى الأداء في التطبيق.

وهناك ضرورة قصوى للاهتمام بتدريس العلاج بالقراءة بقسم المكتبات والمعلومات بمختلف الجامعات، وينتهج في هذا أحد الاتجاهين الآتيين:

**الأول: أن يكون هناك مقرر للعلاج بالقراءة يتم تدريسه سنوياً**، بحيث يضم كل عام على مدار الأعوام الأربعة مجالاً من المجالات التدعيمية لممارسة هذه النوعية من الخدمات المتخصصة، ومن الممكن تصور أن يكون العام الأول لدراسة العلاج بالقراءة دراسة نظرية من مختلف الجوانب، والعام التالي التركيز على دراسة استخدام الأدوات المختلفة والخاصة بالإنتاج الفكري في مختلف المجالات، وبمختلف المستويات، مع نبذة مختصرة عن هذه العناوين ومحتواها، والعائد النفسي من هذا المحتوى، على أن يكون هناك تشجيع على وجود مثل هذه الأدوات المتخصصة من قبل المتخصصين ورجال النشر، ويتأتى ذلك من خلال تشجيع رواد المكتبات بمختلف الجامعات على القيام بهذا المشروع وتدعيمه ومتابعته المستمرة وتطويره، أما العام الثالث فيتضمن النواحي النفسية والاجتماعية، والتعرض لأساسيات علم النفس وبعض الأمراض النفسية وأعراضها والتي يمكن التأثير عليها والحد منها بالقراءة، وكذلك التعرف على الخطوط العريضة لعلم النفس التربوي وعلم النفس التطوري للتعرف على كيفية التعامل مع الأطفال والمراهقين أثناء ممارسة العلاج بالقراءة مع هذه الفئات، وفي العام الرابع يتعرض الطالب لبعض الأمراض العضوية التي تتسبب في تغيرات نفسية للمريض، وكذلك هناك بعض الأمراض التي يتسبب علاجها في تغيرات بالنواحي النفسية للشخص المريض وفي سلوكياته تجاه المجتمع المحيط به. وبذلك يكون الطالب قد تعرض لكل النواحي التي تدعم العلاج بالقراءة، ومن الممكن أن تكون هناك بعض الممارسات العملية من خلال الزيارات لمكتبات المستشفيات ومتابعة أداء هذه الخدمة من قبل القائمين عليها، والحصول على العديد من الخبرات

العملية من خلال الملاحظة المنتظمة والمتابعة المستمرة في العام الرابع والأخير من دراسته بالقسم .

**الثاني: من الممكن أن يكون العلاج بالقراءة في العام الرابع والأخير قسماً تخصصياً** من الأقسام ويؤهل فيه الخريج لمثل هذا العمل تحديداً، ويتم في هذا العام تدريس مقرر العلاج بالقراءة وجميع المقررات الداعمة له والتي كان من المقرر دراستها على مدار الأربع سنوات، بحيث يتم دراستها في العام النهائي للمرحلة الجامعية، مع التدريب العملي من خلال الزيارات المنتظمة لمكتبات المستشفيات المختلفة واكتساب الخبرات بملاحظة القائم على العلاج بالقراءة. فيكون بذلك لدينا خبرات علمية وعملية في هذا المجال.

**(ب) عقد الدورات التدريبية في مجال العلاج بالقراءة:**

ينبغي إقامة الدورات التدريبية في مجال العلاج بالقراءة بشكل مستمر لتنشيط الأخصائيين العاملين بمكتبات المستشفيات ومؤسسات الصحة النفسية، والذين يرغبون في العمل بهذا المجال، وتقام الدورات التدريبية على أيدي أساتذة متخصصين بمختلف الجامعات، ويتم من خلالها إعداد برامج مكثفة يمزج فيها العلاج بالقراءة من وجهة نظر علم المكتبات، إلى جانب المجالات المعاونة للتطبيق مثل علم النفس، ومبادئ طب الأمراض، والذي يتم فيه التعرض للأسباب، وطرق العلاج، والأعراض النفسية الناجمة عن هذه الأمراض، والناجمة أيضاً عن طرق العلاج المختلفة.

## المحور الثالث: المستفيد من العلاج بالقراءة

المستفيد من العلاج بالقراءة هو المركز الرئيسي الذي تتمحور حوله كل أطراف تجربة العلاج بالقراءة، حيث جميع الأطراف الأخرى تتجه صوب المستفيد وهو الطفل المصاب بالسرطان.

ولكي يستفيد الطفل المريض الاستفادة القصوى من التجربة ينبغي مراعاة جميع العوامل التي تؤثر فيه، والتي قد كان لها بالغ الأثر أثناء التطبيق مع أطفال مرضى السرطان بمستشفى سرطان الأطفال، وهذه العوامل هي:

**١. الظروف الصحية:**

وهي الظروف التي تتعلق بالحالة المرضية للطفل. وتثار هنا عدة تساؤلات:

ما هو نوع الإصابة بالسرطان؟ وفي أي عضو بالتحديد؟

وما هي حالة الطفل الصحية الآن؟ هل ينتظر عملية جراحية؟

وما هو مقدار المناعة لديه؟

كل هذه التساؤلات يتحدد بناءً عليها إمكانية تطبيق التجربة من عدمه، ونوعية الكتب التي ستوجه للطفل، والمدة التي يمكن توقعها للتطبيق، وعدد المقابلات أو الجلسات حال سير الظروف دون مفاجآت، ومدة كل مقابلة أو جلسة، وأي الأوقات المفضلة لإجراء المقابلات؟.

وقد كان لتأثير الحالة الصحية والنفسية السيئة، وانخفاض مستوى المناعة سبب في عدم تمكن المعالج من متابعة بعض الحالات وخضوعها لبرنامج العلاج بالقراءة، فقد كان تدهور الحالة الصحية لأحد الأطفال المرضى ودخوله حيز العلاج التلطيفي وانتهاء مرحلة العلاج بالعقاقير ومتابعة الحالة بمنزله سبباً في عدم التمكن من تطبيق برنامج العلاج بالقراءة، كما كانت هناك بعض الحالات الصحية التي يصعب خضوعها لأية برامج علاج موازٍ، وخاصة لبعض حالات سرطان المخ، وهذه الحالات تم تناولها بالفصل الرابع ضمن أسباب عدم إمكانية تطبيق التجربة أو عدم اكتمال متابعتها.

**٢. الظروف النفسية:**

تتحكم الظروف النفسية للطفل في إمكانية تطبيق التجربة، وكيفية التطبيق، ويتم التركيز على الحالات المصابة بالأمراض النفسية كالخوف والقلق والاكتئاب، مع بالغ الاهتمام بالحالات التي تعاني من مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب في القياسات القبلية، ومراعاة الحالات التي تقيم بالمستشفى لفترات طويلة، نظراً لانخفاض مستوى المناعة، مما يزيد من التدهور النفسي لبعده عن أترابه وإخوانه، والافتقار للإحساس بالدفء العائلي، الذي يعطيه الثقة بالنفس والقدرة على الاستمرار.

وهناك بعض الأطفال القلائل الذين يعانون من بعض اضطرابات القلق مثل "الصمت الاختياري"، ويتسم فيه الطفل برفضه للكلام نتيجة تعرضه للأذى الجسمي من المرض والعلاج بالحقن، أو الجراحة، ويصاب فيه الطفل بحالة من الصمت الاختياري[١]، حيث يرفض الحديث مع جميع المحيطين به من الزوار، والأطباء، والتمريض، ولا يكسر حالة الصمت إلا مع الأم أو أقرب الناس إليه[٢]، وقد يحتاج إلى مجهود مضنٍ من القائم على العلاج بالقراءة معه للخروج به من هذه الحالة، والتي تتطلب منه عدة مقابلات للتقرب النفسي من الطفل ليخرج من هذه الحالة، ويبدأ في التجاوب معه ليبدأ تطبيق التجربة المعدة للعلاج بالقراءة، وقد بدا ذلك من خلال الحالة رقم (19) بقاعدة بيانات الدراسة وهي لطفلة في بداية المرحلة العمرية الثانية، حيث تبلغ من العمر أربعة عشر عاماً، وتعاني من "أورام الأوليات العصبية"، وبعد بداية التواصل معها وكسر حاجز الصمت الاختياري خلال المقابلة الثالثة، اتضح من خلال القياسات القبلية أنها تعاني من خوف، وقلق مرتفع، واكتئاب متوسط، وبعد جلسات العلاج بالقراءة سارت الحالة في الاتجاه الإيجابي حيث انخفضت النسبة في القياسات البعدية من قلق مرتفع إلى قلق متوسط، وانخفاض نسبة الاكتئاب من متوسط إلى معتدل، وزوال حالة الخوف التي كانت تعاني منها والتي كان لها تأثير على وجود حالة الصمت الاختياري.

### ٣. الظروف الاجتماعية:

تمثل الظروف الاجتماعية للطفل محوراً أساسياً في سلوكياته، وحالته النفسية، واستقراره بين والدته ووالده وإخوته ورفاقه وتعطيه ثقة وجرأة في تصرفاته وردود أفعاله، بينما عدم وجود أسرة أو عدم وجود استقرار بالوضع الاجتماعي المحيط بالطفل يؤدي إلى حدوث اضطرابات القلق الاجتماعي[٣]، والذي يكون عاملاً أساسياً في ظهور أعراض الاكتئاب، ويتضح ذلك من خلال الحالة الرابعة بقاعدة بيانات الدراسة، والحالة لبنت في نهاية المرحلة العمرية الأولى (اثنا عشر

1) عبد الله عسكر. الاضطرابات النفسية للأطفال. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 2005. ص 97.
2) محمد السيد عبد الرحمن. موسوعة الصحة النفسية: علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب – الأعراض – التشخيص – العلاج). – القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، 2008. – ص ص 258 – 261.
3) عبد الله عسكر. الاضطرابات النفسية للأطفال. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 2005. – ص ص 86 – 87.

عاماً) وتعاني من حالة "إوينج ساركوما"، وقد كانت تتمتع بشخصية قوية ولم تخجل من التغيرات الشكلية التي حدثت لها كسقوط الشعر، كما كانت مقبلة بإيجابية على تجربة العلاج بالقراءة، رغماً عن معاناتها أثناء تناول العلاج الكيماوي، وقد تغلبت بالفعل على شعورها بالدوار والرغبة في القيء من خلال متابعة القراءة، والحالة كانت مستقرة عائلياً وعلى تواصل مع رفاقها بالمدرسة وجيرانها، وكانت والدتها تشجعها على الاستمرار، وبدا التأثير الإيجابي من خلال ملاحظة إخوتها على تغير حالتها عما كانت عليه قبل تناول العلاج دون الانشغال بالقراءة، وهذا يدلل على أن الشعور بعدم الطمأنينة يؤدي إلى الخوف من الآخرين، وانخفاض التحصيل الدراسي، والقدرة على ممارسة الأنشطة المختلفة. كما أشارت إلى ذلك دراسة "ابكنس" "Epkins"[١]، وقد أكدت دراسة "جنسبرج" "Ginsburg"[٢] على وجود ارتباط بين القلق الاجتماعي وانخفاض الوظائف الاجتماعية لدى الأطفال.

بينما الحالة التاسعة بقاعدة بيانات الدراسة، وهي لبنت في مقتبل المرحلة العمرية الثانية (ثلاثة عشر عاماً) وتعاني من حالة "ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد" كانت برفقة والدها، ولارتباطها القوي بوالدتها وإخوتها وبعدها عنهم نتيجة لجرعات العلاج المتتالية أصيبت بالاكتئاب النفسي، واضطرابات القلق، مما تسبب في انخفاض ملحوظ في قدر المناعة، وقد نتج عنه طول فترة الإقامة بالمستشفى أدت بها إلى استمرار تدني المناعة إلى أن وعدها الأطباء بالخروج حال تحسن مناعتها، وقد اختلفت تماماً حالتها النفسية، وبدت أكثر إيجابية وتفاعلا مع البرنامج القرائي المعد لها مما دفع بحالة القلق والاكتئاب لديها إلى التحسن الملحوظ من قلق مرتفع إلى متوسط، ومن اكتئاب شديد إلى متوسط، بمجرد عودتها لمنزلها لقضاء فترة إقامة لمدة أسبوع، وقد لوحظ تحسن حالتها النفسية لدرجة كبيرة، بل وصلت إلى مرحلة الحصول على علاجها في عيادة علاج اليوم الواحد Day Care، والخاصة بالأطفال الذين تعدوا مراحل الخوف عليهم من ضعف المناعة

1) Epkins, C.C. Affective Confounding in Social Anxiety and Dysphoria in Children : Child, Mother anf Father Reports of Internalizing Behaviors, Social Problems, and Competence Domains . Journal of Social and Clinical Psychologym PP. 444 – 449.

2) Ginsburg et. Al. Cognitive Behavioral Group Therapy, in Eisen.: Clinical Handbook of Anxiety Disorders in Children and Adolscents . – New Jersey : Jason Aronson, 1995 . – P.92 – 96.

والإصابة بالعدوى، وهذا يبين مدى تأثير استقرار الحالة الاجتماعية للطفل على نفسيته، مما يرفع لديه درجة المناعة، وبالتالي تحسن الحالة النفسية، الأمر الذي يساعد على تقبل الطفل للعلاج والاستجابة الجسمية له.

### ٤. الظروف البيئية:

تختلف الظروف البيئية من طفل لآخر، بل وتختلف التأثيرات البيئية على هؤلاء الأطفال وفقاً لشخصية كل طفل، ووفقاً لاختلاف الجنس، والتاريخ الاجتماعي والثقافي والمادي للأسرة[1].

ويبدو هذا التباين بمنتهى الوضوح بين أطفال مستشفى سرطان الأطفال 57357، فالمستشفى يتوافد عليها الأطفال من جميع الأنحاء داخل مصر وخارجها، وإذا كانت الاختلافات البيئية واضحة من داخل الوطن الواحد، فالأمر أكثر تعقيداً والظروف البيئية أكثر بعداً واختلافاً من بلد لآخر.

ونتيجة لهذا التباين الواضح ينبغي أن يكون القائم على العلاج بالقراءة في غاية الانتباه تجاه هذا التباين في أسلوب التعامل مع الطفل ومرافقيه، وفي اختيار الكتب الموجهة لهذا الطفل، بل وينبغي قبل أن يبدأ في الاختيار أن يتعرف جيداً وعن قرب من خلال التعامل والدخول في العديد من الحوارات مع هذا الوافد للتعرف على هذه الأفكار والثقافة المختلفة علينا.

كل هذا الاهتمام بالاختلافات البيئية تؤكد مدى أهميتها بالنسبة للمتعاملين مع الطفل، والتأكيد على أن ما يقدم للطفل إذا لم يكن متوافقاً مع الأفكار والعادات التي نشأ عليها فلن يتأثر به، كما أنه لن يكون محققاً للأهداف المرجوة.

### ٥. الظروف التعليمية واضطرابات القراءة :

تلعب الظروف التعليمية دوراً هاماً في تطبيق التجربة من حيث:

1) سناء نصر حجازي. علم النفس الإكلينيكي للأطفال. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2009 . – ص ص 34 – 35.

أ) **حب القراءة:** ويرتبط ذلك بمدى تفوقه الدراسي في مراحله الأولى مما يجعله محباً للقراءة، وهذا بدوره ييسر مهمة القائم على تطبيق برنامج العلاج بالقراءة.

ب) **تدهور المستوى التعليمي:** هناك بعض الحالات التي تعاني من تدهور في المستوى التعليمي، فيكون الطفل مستواه التعليمي أقل بكثير من المرحلة التي يدرس فيها، وقد يكون ذلك لإهمال من جانب القائمين عليه، هذا بالإضافة إلى الخلل الموجود بالمنظومة التعليمية، والتي تؤدي إلى درجة وصول الطفل للصف الرابع أو الخامس الابتدائي وهو لا يعرف القراءة، وقد يكون الطفل رغماً عن ذلك في أشد الاحتياج إلى هذا النوع من العلاج للحد من اضطراباته النفسية.

ج) **اضطرابات القراءة:** يدخل ضمن اضطرابات التعلم ما يعرف بـــ "اضطرابات القراءة" وهو خلل في ارتقاء مهارات القراءة، وكثيراً ما يصاحب اضطرابات القراءة صعوبات في الهجاء مع الارتقاء المحدود في حصيلة الكلمات والاستخدام المفرط لمجموعة صغيرة من الكلمات العمومية، والصعوبة في اختيار كلمات بديلة مناسبة، وقصر فترات الكلام، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى القراءة عن المستوى المتوقع أو المعتاد لدى العاديين، ويزيد من هذا القصور إذا كان الطفل يعاني من ضعف في السمع أو الإبصار[١]، وهناك برامج مخصصة لتنمية مهارات الطفل الاجتماعية في المجالات العقلية والمعرفية، والتي تساعده على الارتقاء بمستواه العقلي وقدراته التعليمية المختلفة[٢].

وتوجد حالة بالدراسة التطبيقية أشير إليها بنهاية الفصل الرابع لم تخضع لبرنامج العلاج بالقراءة وهي لطفلة في المرحلة العمرية الأولى وتبلغ من العمر عشر سنوات ولا تجيد القراءة، ولولا أن التجربة في الأساس هي العلاج بالقراءة أي ممارسة الطفل نفسه للعملية القرائية، لكان من الممكن تخصيص أحد المرافقين

---

1) عبد الله عسكر. الاضطرابات النفسية للأطفال. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 2005. – ص 34.

2) أسماء السرسي، أماني عبد المقصود. طفلك وتنمية تفاعله الاجتماعي. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، [-200]. – ص ص 15 – 19.

للقراءة لها واحتسابها ضمن عينة الدراسة، إلا أن ذلك يعتبر خارج حدود التجربة المشار إليها بمقدمة الدراسة.

لذا ينبغي التعامل مع الحالات التي لا تعرف القراءة أو لا تجيدها بتخصيص شخص يقوم بعملية القراءة على الطفل، وإن كان هناك بعض المحاذير على الشخص القائم بذلك، حيث ينبغي أن تتوفر فيه العديد من السمات أهمها تقبل الطفل النفسي له، وأن يكون لديه حضور، واستعداد نفسي للتعامل مع الأطفال، هذا في حال أن يكون الشخص القائم بالقراءة لا يمت للطفل بصلة، بينما الأفضل أن يكون هذا الشخص على مقربة كبيرة من نفس الطفل مثل والدته أو والده أو أي شخص قريب إلى نفسه من داخل الأسرة. فبين الطفل المستمع والقارئ ينبغي أن يكون هناك جسر من التواصل والارتياح الذي يجعل الطفل يستوعب دون عناء أو شعور بالقلق منه أو الخجل من رغبته في تكرار بعض السطور التي لم يفهمها أو لم يكن منتبهاً لها، وكذلك القارئ ينبغي أن يقوم بهذه العملية دون إحساسه بأنها واجب، فتكون قراءة فاترة بلا تفاعل، فتقع على الطفل دون إحساس بمعانيها فلا تأتي بالهدف المرجو منها.

## المحور الرابع: مرافق المستفيد من العلاج بالقراءة

يعد المرافق للطفل المريض في غاية الأهمية في إمكانية تطبيق التجربة من عدمها، فالمرافق للطفل إما والده أو والدته أو أحد الأقارب من المقربين لنفسه وكانوا يتفاعلون معه، فتفاعل الوالدة والوالد مع طفليهما تفاعلاً عاطفياً وعملياً، ومصادقته ومرافقته في السفر يكون له أبلغ الأثر في شعور الطفل بالانتماء وحب المرافقة[1]، وموافقة أحد الأقارب إن لم يكن أحد الوالدين على مرافقة الطفل المريض، دليل على أنه يحمل له مكانة خاصة، فالمرافقة ليست بالأمر الهين البسيط، إنما هو تغيير نمط الحياة المعتادة بشكل جذري، وتأثر الطفل المريض بالمرافق لا حدود له، فهو الرفيق والسند في لحظات ضعفه.

لذا كان من الضروري إدراك أهمية المرافق في تطبيق تجربة العلاج بالقراءة، فقد يكون لدى المرافق قناعة بعدم قبول أي شيء إلا من الطبيب المعالج، كما أن قبول

---

1) سناء نصر حجازي. علم النفس الإكلينيكي للأطفال. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2009. – ص 58.

المرافق التطبيق دون اقتناع، يجعل من الصعوبة التزام الطفل بالقراءة أو الوصول للاستفادة المطلوبة من الكتاب المخصص لقراءته، على العكس من هذا تماماً إذا كان المرافق مقتنعاً بفكرة العلاج بالقراءة كنوع من أنواع العلاج الموازي، واقتناعه بمدى تأثيره على الطفل، فينعكس هذا الاقتناع على الطفل في جدية القراءة، وبالتالي الوصول إلى الأهداف الحقيقية والمرجوة من العمل.

لذلك ينبغي اهتمام القائم على تطبيق العلاج بالقراءة بضرورة شرح كل خطوات التطبيق للمرافقين للطفل، ومدى أهميته في التأثير على الحالة النفسية للطفل في سبيل الحد من الشعور بالخوف، ومظاهر الاضطراب الناجمة عن القلق والاكتئاب، وكذلك ضرورة معاونة القائم على التطبيق في إقناع الطفل المريض بذلك، حيث إن ذلك يساعد على الاستفادة القصوى، والوصول لأعلى مستويات التفاعل الإيجابي والنتائج المنتظرة.

وقد تعددت شخصيات المرافقين لأطفالهم بالدراسة التطبيقية، من شخصيات متوازنة ومثقفة إلى شخصيات سلبية ومعوقة بل قد تكون من الأسباب الرئيسية في تدهور حالة الطفل الصحية والنفسية.

تعتبر المرافقة للحالة الأولى بقاعدة بيانات الدراسة وهي لطفل في أوائل المرحلة العمرية الأولى ومصاب بابيضاض الدم النخاعي الحاد، ووالدته هي المرافقة له، وهي على قدر كبير من الوعي بمرض طفلها وأسلوب علاجه، وما يستتبعه المرض والعلاج من أعراض جسمية ونفسية، وقد كانت حريصة كل الحرص على أن يظل طفلها في حالة نفسية مرتفعة دائماً بكل السبل من خلال التحفيز والإثابة، وجعله على اتصال دائم بوالده وإخوته وأخواته ورفاقه ما أمكن ذلك، والحرص على تواجد والده بشكل منتظم حتى لا يشعر باختلاف الجو النفسي، بل إنها كانت تجعله دائماً مشغولاً بما يفيده على مدار اليوم، ولا تتركه للتفكير مع نفسه على الإطلاق، لذا كانت مناعته دائماً مرتفعة، وكان يحصل على الإقامة بمنزله في الفترات البينية لجرعات الكيماوي، بل وكانت تحرص على أن تكون فترة إقامته بالمنزل في مكان جديد حرصاً منها على تغيير الحالة النفسية للأفضل دائماً، وبالتالي كانت في غاية الرضا حين عرفت أن هناك برنامجاً للعلاج بالقراءة كنوع من أنواع العلاج الموازي لمساعدة الطفل على الاستشفاء وتقبل العلاج، وتحسين حالته النفسية، وكانت تعاونه على الانتظام في المتابعة، وتبين له الأهداف الحقيقية من وراء كل قصة لكي تؤدي ما تهدف إليه في

سبيل تحسن حالته النفسية، ولم تكتف بما تفعله هي تجاهه، بل وجدت في ذلك مساعدة لها وعوناً لطفلها وتهويناً عليه أثناء فترة مرضه وإقامته بالمستشفى.

كذلك المرافقة للحالة الرابعة بقاعدة بيانات الدراسة وهي لطفلة في نهاية المرحلة العمرية الأولى ومصابة بورم إيوينج Ewing's Sarcoma من الشخصيات الإيجابية والتي تعتبر دليلاً على أهمية التقارب النفسي مع طفلتها، وكانت على إدراك ووعي تام بكل ما يمكن عمله لصالح الطفلة وتقدمه في المراحل العلاجية المختلفة، وقد كان بالفعل للوالدة كل الأثر الطيب تجاه مساعدة القائم على العلاج بالقراءة في تطبيق تجربة العلاج بالقراءة مع طفلتها، والجلوس بجوارها أثناء القراءة، ومساعدتها في فهم بعض الأفكار التي كانت تصعب على الطفلة إدراكها، ومساعدتها على إدراك الدروس المستفادة منها، وقد لاحظت الوالدة وأفراد أسرتها التغير الملحوظ عليها خاصةً أثناء التحدث معها عبر الهاتف وهي تتناول جرعة العلاج الكيماوي، والتي كانت تتسم ردودها قبل ذلك بالعصبية، إذ كانت تعاني من رغبة متواصلة في القيء ودوار برأسها، بينما مع حرص الوالدة على أن تبدأ القراءة مع بداية جرعة العلاج الكيماوي والتي قد تصل إلى أكثر من خمس ساعات متواصلة جعلتها تنشغل تماماً بما تقرأ، وبالتالي قل إحساسها بالدوار وبالخوف من إحساسها الذي يداهمها بالرغبة في القيء، كما كان للقراءة أثناء فترة العلاج مساءً أثر على عدم قلقها أثناء النوم ووفقاً لما ذكرته الطفلة ووالدتها أنها لم تحلم بأحلام مزعجة كما اعتادت على ذلك.

على الجانب الآخر هناك مرافقون في الاتجاه السلبي تجاه أطفالهم، وفي حقيقة الأمر أن هؤلاء ليسوا أقل حرصاً على أبنائهم وبناتهم من الآخرين، ولكن اختلاف درجة الوعي والإيمان بالله تعالى من أهم العوامل التي تجعل ولي الأمر قادراً على السير بولده في الطريق الصحيح نحو الشفاء أو في الطريق الآخر، وقد تضمنت الدراسة حالة أشير إليها بالفصل الرابع وهي لوالد ووالدة، كلاهما كانا مرافقين لطفلهما والذي يبلغ من العمر سبعة عشر عاماً، ومصاب بحالة ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد، وبدلاً من أن يساعد كل منهما الآخر لمصلحة الطفل، كانا يساعدانه على حالة الاكتئاب التي ظل يعاني منها طوال فترة إقامته، وكان هناك رفض تام لأي تعاون في سبيل إخراجه من حالته، بل كانا حريصين على غلق جميع نوافذ الغرفة لتوفير الهدوء، وجعل الغرفة مظلمة قدر الإمكان ضاربين بنصائح الأطباء والطبيب النفسي وفريق الخدمة الاجتماعية والنفسية عرض الحائط، غير مكترثين بضرورة

تغيير حالته النفسية ليستطيع مقاومة المرض، مما جعله من سيئ لأسوأ، إلى أن وصل به الحال إلى رفضه لجميع أنواع العلاج، والانتقال إلى مرحلة العلاج التلطيفي، وهو علاج نفسي ومسكنات للألم إلى أن يقضي الله أمراً كان مفعولا.

هكذا يتضح مدى أهمية مرافق المريض، وخاصةً في مرحلة الطفولة، إيجاباً وسلباً تجاه التشافي أو التوعك.

## المحور الخامس: أدوات التجـربة

هناك بعض الأدوات التي تؤثر في التجربة ونتائجها، ومن هذه الأدوات الهامة:

١. **الكتب المخصصة للعلاج بالقراءة (المادة المقروءة):**

يتنوع الإنتاج الفكري للأطفال من حيث الإخراج الشكلي، ومن حيث الأفكار، واختلاف مستويات المعالجة، ولأن العلاج بالقراءة الموجهة له أغراض محددة تتعلق بالعلاج النفسي، ويخاطب فئة معينة، ومن خلال التعامل الواقعي على مستوى الدراسة التجريبية، اتضح أن وجود معايير معينة بهذا الإنتاج الفكري يجعله أكثر تقبلاً، ويجعل الطفل أكثر تفاعلاً، مما يساعد على وصول الأهداف المرجوة من هذا الإنتاج.

لذا ينبغي الاهتمام بمختلف الجوانب التي تؤدي إلى الاستفادة القصوى من العمل، وهذه الجوانب تتعلق بالشكل والمضمون:

أ. **مراعاة الشكل والمضمون:**

الشكل بالنسبة للكتب قد لا يكون عنصراً أساسياً لجذب القارئ العادي، وإن كان للغلاف الجذاب، والطبعة الجيدة، والورق الممتاز وقع حسن على حجم تسويق الكتاب بسوق النشر، بينما على العكس من ذلك تماماً فيما يتعلق بكتب الأطفال، فالشكل هنا يمثل دوراً رئيسياً في جذب الأطفال لقراءة الكتاب، فالطفل يتحسس الكتاب من ملمسه الخارجي، وجودة الغلاف، ثم يتطرق للصور المصاحبة بألوانها المميزة، والمجسمات داخل بعض الكتب قبل أن يبدأ فى قراءة الموضوع نفسه، لذا وجب على القائم على العلاج بالقراءة التدقيق في اختيار كل عناصر الجذب في شكل الكتاب، من غلاف أملس قوي، مزود بصور دالة على محتواه، إلى ورق جيد لامع مصقول، وصور إيضاحية

مصاحبة للمادة العلمية، بألوان متعددة جذابة وغير صاخبة في ذات الوقت، حيث إن لأطفال مرضى السرطان نفسية خاصة، وحساسية شديدة تجاه كل ما حولهم تجعل من السهل استثارتهم، لذا ينبغي الحرص في اختيار جميع عناصر الكتاب الذي سيكون بين أيديهم. كذلك من العناصر الشكلية الهامة، أن تكون أبناط الطباعة بأحجام مقبولة ومن السهل قراءتها، ذلك أن معظم مرضى السرطان يعانون من إجهاد عام مما يؤثر على الرؤية والتشويش أثناء التركيز ولو لفترات قصيرة، مما يستدعي الحرص على اختيار حجم مناسب للأبناط الطباعية مراعاة للحالة المرضية دون النظر للمرحلة العمرية، وقد لوحظ أن هناك العديد من الأطفال وخاصةً بالمرحلة العمرية الأولى كان ينصب اهتمامهم في المقام الأول على شكل الغلاف، والصور، وجاذبية الألوان والتي تكون محكاً رئيسياً في اختيارهم لعنوان من عدة عناوين.

إذا كان الاهتمام بالمضمون على قدر كبير من الأهمية في التعامل مع الأطفال بوجه عام، فإن الأمر يتضاعف في الاختيار لأطفال مرضى السرطان، حيث ينبغي مراعاة تامة للأفكار الموجودة بالكتاب، وكيفية معالجتها، والاهتمام بعدم المعالجات السطحية، أو وجودها على شكل نصائح، فالأطفال أثناء مراحلهم المرضية يكونون في غاية الحساسية، بل وعلى قدر كبير من الذكاء، وخاصة أثناء علاجهم بالكيماوي. لذا ينبغي عدم الاستهانة بتفكيرهم، فهم يقومون بنسج علاقات بين حالتهم الصحية وما يختاره القائم على العلاج بالقراءة لهم من كتب، فالمعالجات المباشرة دائماً ما يكون لها وقع سيئ لديهم.

فلا يصح مثلاً تقديم كتاب تعرض أفكاره كيفية التغلب على عجز البصر، لمريض مقبل على عملية استئصال ورم بالعين مما سيترتب عليه فقد البصر بهذه العين، أو كتاب عن العجز الحركي واستخدام المقعد المتحرك والطفل مقبل على عملية استئصال لإحدى قدميه نتيجة إصابته بورم في العظام، مما يزيد من خوفه من المستقبل وبالتالي تدهور لحالته النفسية، ولكن من الممكن تقديم قصة تحدي "لويس برايل"، أو قصة حياة عميد الأدب العربي الدكتور "طه حسين" وإبداعه الأدبي رغماً عن فقده لبصره، أو التعرض لقصة حياة "هيلين كيلر"، وكيف استطاعت التغلب على مأساتها، رغماً عن أنها فقدت سمعها وبصرها نتيجة لمرض أصيبت به قبل أن تبلغ الثانية من عمرها،

وبالتالي عجزت عن الكلام لانعدام السمع، وسعى والديها لتعليمها بمعاهد ذوي الاحتياجات الخاصة، وقد حصلت على شهادة الدكتوراه في العلوم والدكتوراه في الفلسفة، ومن أقوالها "إن الذين يراقبونني من شرفة وجودهم المعافى، يرثون لحالي، ولكن مهما بدا طريقي مظلماً في أعينهم، فإني أحمل نوراً في قلبي، فالإيمان ينير كل سبيل أسلكه"، كما صرحت وهي العمياء، والصماء، والبكماء بأنها استمتعت بمباهج الحياة، ونعمت بجمالها، وقالت "لا تحن رأسك لمشاكلك، ولكن أبقها عالية، وحينها سترى العالم مستقيماً وسهلاً أمامك".

كل هذه القصص وغيرها تعتبر معالجات غير سطحية، وتجعل كل طفل مريض يشعر بالخجل كثيراً، فحين يقرأ قصة هذه الأعجوبة التي تحدت كل إعاقاتها الجسمية، وفوق ذلك ترى من جمال الحياة ومباهجها ما لا يراه البائس المحبط الذي يملك السمع والبصر والنطق، يعلم أن هناك آلاماً أكثر من آلامه، وإصابات أبلغ من إصابته بكثير، ورغماً عن هذا لن تتوقف الحياة، بل إن العطاء والإبداع كان ملموساً لديهم أكثر من الأصحاء.

كذلك كان من الأهمية تخصيص كتب للأولاد وعناوين أخري للبنات، وإن كانت هناك عناوين تصلح لهما معاً، إلا أن تخصيص بعض المعالجات لشخصيات مشهورة لسيدات أو العكس، وأيضاً بعض المعالجات الموجهة للبنات أو للأولاد تحديداً يكون له وقع حسن على استقبال هذه الأفكار.

**ب. مراعاة الظروف المحيطة بالطفل:**

كذلك ينبغي مراعاة أن اختيار الكتب الموجهة لأطفال مرضى السرطان يتأثر مباشرةً بحالة الطفل الصحية، والنفسية، والاجتماعية، والبيئية، والتعليمية. وهذا يوضح المقصود بالعلاج بالقراءة "الموجهة"، فلكل طفل حالة مختلفة عن الآخر، فاختلاف المرض العضوي يؤثر على اختيار الكتاب الموجه لهذا الطفل، كذلك الوضع الاجتماعي للطفل كونه في وضع اجتماعي مستقر من عدمه يجعلنا نتحرى الدقة في الاختيار، فلعل العنوان المختار يتحدث عن أوضاع اجتماعية مستقرة، وهذا يتعارض مع الطفل الموجه إليه الكتاب، مما يصيبه بخيبة أمل، أو مزيد من التدهور لحالته النفسية، فيكون الكتاب سبباً في مشاكل جديدة بدلاً من علاج مشاكله النفسية، كذلك ينبغي أن يُراعى فى الكتب المختارة المستوى البيئي للطفل فلا تخرج عن ثقافته حتى يستطيع استيعاب

الأفكار دون تشويش، والمستوى التعليمي يؤثر بشكل أساسي على الكتب المختارة والموجهة للأطفال[1]، فقد يصلح كتاب لعلاج حالة محددة، بينما لا يصلح لعلاج نفس الحالة مع شخص آخر تختلف ظروفه الاجتماعية والبيئية، مما يؤكد ضرورة مراعاة القائم على العلاج بالقراءة لهذه الاختلافات بين شخص وآخر، فالكتاب الذي لا يؤثر بشكل إيجابي، من المؤكد أن يكون له مردود سلبي.

ومن خلال التجربة العملية في إطار تطبيق برنامج العلاج بالقراءة على أطفال المستشفى بعد توفير الأدوات اللازمة للتطبيق، والتي تمثل الكتب فيها الأداة الرئيسية، اتضح مدى صعوبة تخصيص مجموعة من القصص تتناسب مع الأعمار المختلفة والمتضمنة بالدراسة التطبيقية بحيث تتلاءم مع المعايير المطلوبة من حيث الشكل والمضمون، إلا أن ضعف قوائم الإنتاج الفكري في مجال أدب الأطفال من جانب، وندرة وجود الكتب التي يعكس محتواها كافة المعايير المطلوبة من جانب آخر - رغماً عن صحة مضمون الكتب بشكل مقبول - أثبت أنه ينبغي أن يكون هناك تمثيل أفضل لمعايير التشخيص في الكتب المخصصة للعلاج بالقراءة، كما أنه يجب أن يحرص القائم على العلاج بالقراءة عند اختيار الكتب على ضرورة الاستعانة بالطبيب النفسي في تقييم الكتب لمدى تناولها لأفضل المعايير ذات الصلة بمعالجة الحالة، مما يجعلها قادرة على إحداث التغير النفسي والاجتماعي الإيجابي من خلال تحسين فعالية المعالجة بالكتب كعلاج للاكتئاب والقلق في مرحلة الطفولة.

**٢. المقاييس النفسية للأطفال:**

عرف الدكتور حسن عبد المعطي المقياس النفسي بأنه "أداة للتشخيص الإكلينيكي الذاتي للأعراض المرضية، وهو يعد أداة مفيدة للأخصائيين النفسيين في الكشف السريع عن أعراض الاضطرابات النفسية للحالات التي تتردد عليهم أو على العيادات النفسية، والتفريق المبدئي بين الحالات المرضية والسوية"[٢].

1) Shinn, Marta . Content Analysis of Bibliotherapy Books on Childhood Depression. ( Ph.D. Thesis ). - USA : Walden University, 2007 . – P.P. 27 – 29 .

2) حسن مصطفى عبد المعطي. المقاييس النفسية المقننة. — القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، 2009. — (في الصحة النفسية؛ 8). — ص 16.

## الإجابة على مقاييس القلق والاكتئاب

من خلال الإجابة من قبل الأطفال على مقاييس القلق والاكتئاب المعدة للتعرف على مدى الخوف والقلق والاكتئاب لديهم اتضح الآتي:

لوحظ وجود أسئلة بمقياس القلق رقم (9)، (12)، (27)، (38) تحتاج إلى مزيد من التوضيح، والتي لم يتمكن معظم الأطفال من فهمها دون مساعدة، وصياغتها كالتالي:

9 - يتهيأ لي أن الأطفال التانيين هايقدروا يعملوا حاجات بسهولة أكثر مني.

12 - أنا بشعر أن الأطفال التانيين لا تعجبهم الطريقة إللي باعمل بيها الأشياء.

27 - أنا بابقى مشغول ومهموم بأشياء بيبان بعدين ان ما كنش لها أهمية في الحقيقة.

38 - ساعات بحس إن حد هيقوللي اني باعمل أشياء بطريقة غلط.

وهذا يؤكد على إدراك ضرورة أن تكون الأسئلة واضحة، قصيرة، فكلما قل عدد الكلمات للسؤال في صياغة سهلة، كان إدراك الأطفال له أسرع دون الاحتياج إلى توضيح، كما أنها تجعل الطفل يقوم بالإجابة دون تردد نظراً لبساطة الأسلوب، مما يؤدي إلى إجابة صحيحة ومقصودة، وهذا بدوره يؤدي إلى دقة النتائج للبيانات التي تحدد مستوى القلق لدى هؤلاء الأطفال.

كما لوحظ أن بالمقياس أسئلة لا يستطيع الطفل الإجابة عنها بصراحة، وصياغة هذه الأسئلة وفقاً لأرقامها هي:

18 - أنا باتضايق من كلام والدي معايا.

36 - أنا باقول الحقيقة في كل الأوقات.

47 - أنا عمري ما أقول حاجة ما يصحش أقولها.

52 - أنا عمري ما أكذب.

واتضح من خلال إجابات الأطفال على أسئلة القياس أنهم لا يستطيعون أن يجيبوا بحرية على هذه النوعيات من الأسئلة والتي تتطلب أن يكونوا بمفردهم، خاصةً أن المرافق غالباً هو أحد الوالدين، مما يترتب عليه الحرج في الإجابة بما لا يرضي مرافقيهم، وهذا يوجب علينا أن نستشعر هذا الحرج لديهم، ومراعاة ألا تثير أي من الأسئلة مثل هذه الأمور.

كما أن هناك تكراراً لبعض النوعيات من الأسئلة، ومما لا شك فيه أنه تكرار مقصود بغرض التأكد من إجابة الطفل، وتغير الإجابة في الصيغة المختلفة قد تعني أن إجابته على السؤال ليست الإجابة الحقيقية، ويظهر التردد والاختلاف في الإجابة على السؤالين ذوي المعنى الواحد، ونورد من هذه الأسئلة النماذج التالية بصياغتها مقترنة بأرقامها داخل القياس:

30 – أنا دايما كويس.

34 – أنا دايماً لطيف مع كل واحد.

كذلك السؤالان التاليان:

36 – أنا باقول الحقيقة في كل الأوقات.

52 – أنا عمري ما أكذب.

إلا أن التشابه في الأسئلة للحد الذي يثير تعجب الأطفال من تكرار السؤال – وخاصة إذا كانت الأسئلة المتشابهة قريبة في تتابعها، مثل السؤالين رقم (30) و(34)، فهما لا يتركان للطفل مجالاً لنسيان السؤال ذي المعنى الواحد مع اختلاف الصياغة – يفقده الغرض من التكرار، ويصبح هناك خلل في حساب الدرجات الدالة على مدى شعور الطفل بالقلق، لذا ينبغي عند صياغة أسئلة القياسات النفسية وخاصةً للأطفال، مراعاة تباعد الأسئلة ذات الصياغة المختلفة والتي تحمل نفس المعنى أو الغرض، كما ينبغي اختلاف الصياغة بالشكل الذي يصعب معه على الطفل إدراك هذا التشابه.

بينما تتعلق كل الملاحظات السابقة بمقياس القلق، فإننا نلاحظ بمقياس (د) للصغار (CDI) والخاص بالاكتئاب أن هناك سؤالاً أجاب عليه الجميع إجابة واحدة، ولكن في كل الأحوال كان هناك استياء أو إحساس بالصدمة من وضع هذا السؤال بالمقياس، وصياغته وفقاً لرقمه بالمقياس هي:

9 – أنا لا أفكر في أن أقتل نفسي.

أنا أفكر في قتل نفسي ولكن لن أفعل ذلك.

أنا أريد أن أقتل نفسي.

ومن خلال المقابلات والجلسات التي تتم مع الأطفال، لوحظ أن العديد منهم بتعرضهم لهذا السؤال يشعرون بالقلق حيال مراحلهم المرضية القادمة، وهل سيصل

بهم الحال إلى هذا الشعور، أما بالنسبة للمرافقين من أولياء الأمر سواء كانت الوالدة أو الوالد أو أحد الأقرباء، فقد كانوا مشفقين على طفلهم أو طفلتهم المريضة من تعرضهم لمثل هذا السؤال في هذه الظروف المرضية والتي تزيد من حساسية الأطفال تجاه أبسط الأمور، كما كان لهم تحفظ بالغ على تعرض أطفالهم لمثل هذه النوعية من الأسئلة.

## المحور السادس: أسلوب العلاج بالقراءة

الهدف من العلاج بالقراءة الموجهة محدد، وهو رفع الروح المعنوية لدى الأطفال والإقلال من حدة التوتر التي تبدو واضحة من خلال مظاهر القلق والاضطراب، إلا أن أسلوب التطبيق قد يختلف من شخص لآخر وفقاً لحالته النفسية، والمعرفية، والبيئية، والاجتماعية، والمرضية. فكل هذه العوامل تتحكم في أسلوب التطبيق.

ورغماً عن الالتزام بمعايير ثابتة تجاه جميع الأطفال للوصول إلى نتائج يمكن تعميمها على الحالات المماثلة من خلال توحيد ظروف التطبيق، فإنه لوحظ ضرورة المرونة في اختلاف أسلوب التطبيق من حالة لأخرى، كي يستفيد من العلاج بالقراءة معظم الأطفال على اختلاف حالاتهم.

لذا ينبغي أن يختلف أسلوب التطبيق وفقاً للحالة، فهناك الحالات التي يتسنى لها القراءة والاستمتاع بها، بينما هناك من لا يتمكنون من القيام بعملية القراءة لأسباب مختلفة. ولهذا يجب وضع البدائل من خلال شخص يقوم بالقراءة على الطفل، ويختلف هذا الشخص القائم بالقراءة من حالة لأخرى، كذلك العناصر التي ينبغي أن تتوفر في هذا الشخص القائم بالقراءة.

كذلك تختلف قدرات كل طفل عن الآخر من حيث مقدرته على التفاعل والمشاركة من خلال جلسات العلاج الجماعي، أو أن شخصيته لا تسمح بالتجاوب وسط مجموعة من أقرانه لشعوره بالحرج، خاصةً إذا كانت جلسة العلاج الجماعي تضم كلاً من الجنسين الأولاد والبنات، فقد يسبب تساقط الشعر نتيجة للعلاج الكيماوي نوعاً من الحرج لهم وخاصة البنات، وهنا تتضح أهمية العلاج الفردي لكل حالة على حدة، ولأن أحد مصادر المرض النفسي هو اختلال علاقة الفرد بالجماعة من خلال العلاقة

بالآخرين خاصةً أقرب المحيطين من الأهل والأقارب والأصدقاء[١]، لذا ينبغي في مثل هذه الأحوال إعداد جلسات العلاج بالقراءة الفردية إلى أن تتحسن نفسيته فعندئذٍ من الممكن أن ندخله في العلاج الجمعي للمشاركة مع المجتمع المحيط به.

وعلى الرغم من أهمية الجماعة في حياة ومصير وسلوك الإنسان عبر التاريخ، فإن استخدامها المنظم في مجال العلاج النفسي لم يكن إلا في منتصف القرن العشرين، والعلاج الجمعي له إيجابيات واضحة إذا كانت روابط الصداقة بين الأطفال قوية مع تقارب يكاد يصل إلى درجة التوافق (الهارموني) من حيث المستوى المعيشي من بيئة، وأسرة، ومجتمع وظروف مادية متقاربة[٢].

وفي كل الأحوال لا ينبغي للعلاج الجمعي في حالة أطفال مرضى السرطان أن يتعدى طفلين حرصاً على نقص المناعة وما يمكن أن يسببه من مشاكل للأطفال نتيجة لتقاربهم لفترات طويلة أثناء جلسات العلاج بالقراءة، وقد كانت هناك بالفعل حالة لطفلة في المرحلة العمرية الثانية (ثلاثة عشر عاماً) ومصابة بأورام العظام الغرنية Oestosarcoma وترتبط نفسياً مع طفلة بالغرفة المجاورة وهي من المرحلة العمرية الثانية أيضاً (خمسة عشر عاماً) ومصابة بابيضاض الدم النخاعي الحاد (لوكيميا الدم)، وهذا الارتباط ورغبة كل منهما أن تكون مع الأخرى أثناء القراءة جعل من السهل أن يتم تطبيق حالة علاج جمعي لهما، وساعد على ذلك ارتباط والدة كل طفلة بالأخرى من خلال إقامتهما بالمستشفى لفترات طويلة لعلاج طفلتيهما، ولوحظ مدى التجاوب والتفاعل لأكثر من جلسة، إلا أنه أثناء استمرار جلسات العلاج حدث نقص في المناعة لدى الطفلة الأولى مما استوقف الجمع بينهما أثناء الجلسات القرائية، ولكن هذا الفصل كان له تأثير سلبي إلى درجة كبيرة على الطفلة الأولى والتي قلت مناعتها، مما جعل نشاطها وتفاعله أقل بكثير من الجلسات العلاجية الجمعية، بل كانت تتعذر عن عدم تمكنها من القراءة أملاً منها في استمرار الجلسات مع صديقتها بعد ارتفاع المناعة لديها، ويجب الإشارة هنا إلى أهمية دور أخصائي العلاج بالقراءة في الجمع بينهما عن بعد من خلال هواتف الغرف أو رسائل المحمول، وذلك لاستمرار العلاج بنفس درجة التفاعل والمشاركة مثل الجلسات الأولى.

---

1) لطفي فطيم. العلاج النفسي الجمعي. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 1994. – ص ص 4 – 9.

2) عبد الفتاح الخواجا. مقدمة في برامج الإرشاد والعلاج الجماعي: بناء البرامج الإرشادية. – عمان: دار المستقبل للنشر والتوزيع، 2009. – ص ص 61 – 63.

من خلال ذلك تتضح أهمية العلاج الجماعي، أو الثنائيات من الأعمار المتقاربة، والحالات المرضية المشابهة، حيث يعطي ذلك دفعة قوية للتطبيق الفعال، والمشاركة ترفع الروح المعنوية لدى الأطفال مما يساعد على رفع مستوى المناعة، ونقص في حدة الخوف والقلق والاكتئاب من الشعور بالوحدة لبعد الطفل عن الأهل والأصدقاء، وتكون المشاركة مع هؤلاء الأطفال بمثابة أصدقاء جدد، تقوده إلى الشعور بالأمان.

وبعد التعرض للمحاور الستة التي تمت مناقشة نتائج التجربة من خلالها، يتم عرض برنامج للعلاج بالقراءة وفقاً لمعايير وحدود تتفق مع الفئات المختلفة لأطفال مرضى السرطان، مع مراعاة الظروف والبيئة الخاصة بأطفال مستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357.

## سمات برنامج العلاج بالقراءة

يتضح من خلال الدراسة التجريبية وتطبيق تجربة العلاج بالقراءة على أطفال مرضى السرطان بمستشفى سرطان الأطفال 57357 مدى التفاوت بين حالة وأخرى من الناحية الصحية، والنفسية، والاجتماعية، والبيئية، وإذا كان من الممكن تطويع بعض الجوانب الاجتماعية والبيئية، في سبيل وضع برنامج له معايير وحدود ثابتة، فإنه لا يمكن تجاوز الجوانب الصحية والنفسية والتي تؤثر بشكل واضح في إمكانية التطبيق بحدود ومعايير ثابتة.

ولأن برنامج العلاج بالقراءة الغرض منه هو الوصول بهؤلاء الأطفال المرضى إلى حالة نفسية جيدة، يمكن من خلالها أن تكون لديهم القدرة على التكيف مع مستجداتهم الصحية الأمر الذي يضطرهم للبقاء بالمستشفى لفترات قد تطول، وبعيداً عن الأهل والأقارب والأصدقاء والزملاء بالمدرسة، مما يسبب لهم اضطرابًا بشكل عام في كل أمورهم الحياتية، لذا كان من الضروري الاستعانة بالطبيب النفسي وفريق الخدمة الاجتماعية في تأهيله وتأهيل أسرته لكل هذه المتغيرات حتى لا يصدم بها، وينبغي أن يعرف أن هذه المتغيرات طبيعية، بل وإنها سبيله للشفاء العاجل[1].

---

1) Huebner, Jennifer. Bibliotherapy Program Plan for Norge Elementary School, 2010, http://jhuebnergiftededucation.wmwikis.net/file/view/Gifted+Program+Plan.pdf , ( Cited 7-8-2012 )

والفئة المستهدفة هم الأطفال، وهي فئة على قدر كبير من الحساسية، ومع طبيعة مرض السرطان قد يزداد الأمر تعقيداً، لكن مع ذلك فإن نفسية الطفل أكثر مرونة وتتحول من حال لآخر طالما أن هناك اهتماماً بتغيير نفسيته من خلال العديد من الأنشطة الترويحية البدنية والعقلية، وفي الأغلب تكون الأنشطة الترويحية العقلية مثل القراءة هي المتاحة إذا كانت حالته الصحية لا تسمح بالنشاط البدني داخل غرفة الألعاب، ولا تسمح له بالخروج من غرفته والتجول إلى أي مكان آخر حال نقص مناعته، الأمر الذي يتطلب منه البقاء داخل غرفته لفترات قد تطول إلى أن يرتفع مقدار المناعة لديه خوفاً عليه من العدوى بأي ميكروب مهما كان ضعيفاً من الزوار أو الأطفال الآخرين.

لكل هذه الأسباب كان من الضروري مراعاة أقصى ما يمكن من مرونة لبرنامج العلاج بالقراءة والخاص بفئة أطفال مرضى السرطان، ونستعرض حدود البرنامج من خلال الآتي:

**أولاً: القائم على العلاج بالقراءة : Bibliotherapist**

يعد القائم على العلاج بالقراءة أو أخصائي العلاج بالقراءة Bibliotherapist هو المحرك لكل العناصر الأخرى، والذي يؤدي بها إلى النجاح أو الفشل، فالقائم على العلاج بالقراءة لفئة الأطفال خاصةً ينبغى أن تتوفر فيه العديد من المقومات النفسية والجسدية، كذلك ينبغي أن يتوفر فيه القبول، وينبغي أن يكون مبتسماً دائماً، لديه قدرة على الصبر والتحمل، لأنه سوف يواجه العديد من المواقف التي تحتاج لحكمة وصبر، وعنده قدرة على التحاور بمختلف المستويات، ومعلومات في مختلف الموضوعات لمواجهة سيل من الأسئلة من الأطفال وذويهم، كذلك ينبغي أن يكون لديه حضور وتألق، محباً للأطفال، لديه مخارج ألفاظ واضحة وصحيحة، لا يعاني من مشاكل نفسية، وأهم السمات أن يكون لديه القدرة على الإقناع، ويفضل لمن يمارس مهنة أخصائي علاج بالقراءة أن يخضع لبعض الاختبارات النفسية والمقابلات الشخصية من أحد متخصصي علم النفس، فالعمل مع الأطفال في غاية الحساسية، ولديه العديد من المحظورات دون التعامل مع الفئات الأخرى، وفئة الأطفال التي نتعامل معها هنا من مصابي السرطان وهذا يجعلهم في غاية الحساسية والتأثر بكل كلمة، لذا يكون التعامل معهم في منتهى الحرص في كل سلوك، وتصرف، ورد فعل.

وهنا يمكن الإشارة إلى أهمية دور المتطوعين في العلاج بالقراءة داخل المستشفيات لمن تتسم شخصيته بالمواصفات الواجب توافرها في القائم على هذه الخدمة العلاجية، على أن يكون ذلك بمتابعة دقيقة من المشرف على هذا النوع من العلاج، وتقول "ماري فرانك"[1] (1946) وهي بصدد واجبات المتطوعين بالمستشفيات، إن المتطوعين قد يرتعدون من مصطلح العلاج بالقراءة وخاصةً عندما يقرؤون كتباً مهنية متخصصة في هذا الموضوع، وهم يعرفون أن أمين المكتبة المتفرغ عضو بالفريق الطبي في المستشفى، وهو المتخصص الذي يعرف محتويات الكتب، وهو المستشار الذي يتعاون مع الأطباء والممرضات في وصف روشتة القراءة.

**ثانياً: مسئولية اختيار الكتب المستخدمة في العلاج:**

مسئولية اختيار الكتب المستخدمة في العلاج تختلف عن الشروط والمعايير الواجب توافرها في الكتب الموجهة للعلاج من ناحية الشكل والمضمون، ومسئولية الاختيار تتعدد فيها الآراء، فالبعض يرى أن الاختيار مسئولية أخصائي المعلومات، بينما البعض الآخر يرى أنها مسئولية الطبيب النفسي بمشاركة فريق الخدمة الاجتماعية والنفسية، ويرى الفريق الثالث - وهو الأقرب للصواب، وما يذهب إليه أخصائي العلاج بالقراءة - أن اختيار الكتب الموجهة بغرض العلاج هي مسئولية الجميع بالمشاركة، فأخصائي المعلومات وهو الذي يتولى مهمة أخصائي العلاج بالقراءة لديه الإلمام بمصادر وقوائم الإنتاج الفكري في مجال كتب الأطفال، ومعايير الاختيار للشكل والمضمون بما يضمن سلامة المادة المقروءة من أيه أفكار متطرفة أو أسلوب لا يتناسب مع الأطفال من حيث الفكرة والمستوى، بينما الأخصائي النفسي وفريق الخدمة الاجتماعية والنفسية لديهم الإلمام العلمي بالنواحي النفسية لهؤلاء الأطفال، وما يرضيهم وما يزعجهم من الأفكار وخاصةً أثناء فترات المرض والتي يكون لها تأثيرات سلبية بالغة على نفسيات الأطفال.

لذا كان اشتراك أخصائي المعلومات، وعلم النفس، والخدمة الاجتماعية له عظيم الأثر على قوة تأثير الكتب المختارة لأغراض العلاج بالقراءة، ولا ينبغي أن يستأثر واحد دون الآخر بالاختيار، بحجة معرفته بأحوال الطفل أكثر من الآخر.

1) Mason, Mary Frank . What Shall The Patient Read? . – The Modern Hospital . - 66 ( Feb., 1946 ) . – P. 75 .

وحتى لا يشعر الطفل بفرض كتاب أو آخر عليه لقراءته، ينبغي أن يشارك في اختيار ما سوف يقرؤه بغرض علاجه، لذا يجب أن يعرض عليه مجموعة من الكتب ويختار من بينها، مما يشعره بأنه مشارك في اختيار ما يقرأ، وهذا بدوره يساعده على القراءة برغبة وشوق إلى المادة القرائية التي اختارها بنفسه[١].

## ثالثاً: مكان العلاج بالقراءة:

وفقاً لما ينبغي أن يكون فالعلاج بالقراءة من الممكن ممارسته في أي مكان أينما يتواجد الشخص الذي يحتاج إليه، فمن الممكن ممارسته بالمنزل، وبمكتبة المدرسة، وبالمكتبة العامة، وبمكتبات المؤسسات الصحية، وأينما يتواجد الشخص الذي يعاني من اضطرابات نفسية وسلوكية، ينبغي أن تتوفر لديه خدمة العلاج بالقراءة[٢]، فالقراءة لم تعد بغرض تنويري وبحثي للحصول على معلومات محددة فقط، بل تعدت هذا الدور وتستخدم القراءة الموجهة لأغراض علاجية لصحة النفس وبالتالي صحة البدن، وقد عرفت هذه الوظيفة للقراءة عند المصريين من عصر الفراعنة إذ وجد مكتوباً على جدران المكتبات المصرية القديمة "هنا علاج الروح"[٣].

أما الفئة المستهدفة هنا فهي لأطفال مرضى السرطان بمستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357، لذا فالمكان الأمثل هنا هو مكتبة المستشفى، ولأن المسئولين عن التخطيط لبناء المستشفى قرروا أن يكون لكل دور مكتبته الخاصة به، فكان القصد هنا أن تكون المكتبة في خدمة الأطفال المرضى بالمستشفى، والمكان الطبيعي لممارسة خدمة العلاج بالقراءة هي تلك المكتبات، ومن خلال التجربة العملية اتضح أن هناك العديد من الحالات التي يصعب عليهم في كثير من الأحيان الانتقال إلى غرفة المكتبة ومغادرة غرفهم التي يتلقون فيها العلاج نتيجةً لانخفاض مستوى المناعة، مما يجعل من الخطورة مخالطة الآخرين خوفاً عليهم من العدوى، كما لوحظ من خلال جرعات الكيماوي المخصصة لهم أن الجرعة قد تطول لعدة ساعات يعاني فيها الطفل أحياناً

1) Anderson, Liz & Others . Self-help Books for Depression : how Can Practitioners and Patients make the right Choice ? . - Cathom Hill : University of Bistol, British Journal of General Practice, 2005, (55) . - P.P. 389 .

2) Matthews, David A., Lonsdale, Ray . Children in Hospital : Survey of Library and Provision . - England : University of Wales, Aberystwyth, Health of Library Review, 1991, (8), P.P. 210 – 219 .

3) شعبان عبد العزيز خليفة. العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا: وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، 2000. ص 55.

من أعراض جانبية لهذه الجرعات كالرغبة في القيء، وأن هذا الوقت قد يكون ملائماً جداً لقراءة الطفل للكتاب المخصص له، مما يساعده على خفض حدة التوتر لديه والذي يحدث بسبب ترقبه للأعراض التي يعاني منها ويخشى تكرارها مع كل جرعة جديدة.

لذلك ينبغي أن يكون هناك مرونة في تحديد مكان جلسات القراءة، فقد يكون المكان الأمثل هو المكتبة، وفي وقت آخر يكون المكان الأفضل هو غرفة المريض، وقد يكون ذلك أفضل لبعض الأطفال الذين يشعرون بالخجل من الاختلاط بالمجتمع المحيط بهم نتيجة تساقط الشعر، وخاصة مع البنات اللاتي يكن أكثر حرجاً من الأولاد نتيجة لهذه الظاهرة، إلا أن هذا الشعور بالحرج لا يطول عندما يعرفن أن هذه الظاهرة تحدث لمعظم المتعاطين لجرعات الكيماوي العلاجية، وبعد لقاءات الطبيب النفسي لهم وفريق الخدمة الاجتماعية الذين يهدفون دائماً لرفع هذا الحرج بمختلف وسائل الإقناع لديهم، وإعادة تأهيلهم النفسي مع الظروف المحيطة بهم وفقاً لمتغيراتهم الجديدة.

**رابعا: وقت العلاج بالقراءة:**

إدارة الوقت دائماً من أهم العناصر في إنجاح أي عمل[1]، والوقت لدى برنامج العلاج بالقراءة قد يكون هو السبب الرئيسي في نجاحه من خلال تفاعل الأطفال من أولى جلسات القراءة، وقد يكون الوقت هو السبب الرئيسي في إفشال هذا البرنامج لدى بعض الأطفال إذا كان الوقت غير مناسب، وقد يكون الوقت المحدد للقراءة وقتاً مناسباً لبعض الأطفال، وسبباً رئيسياً في تحسن أحوالهم النفسية، بينما يكون نفس الوقت غير مناسب تماماً لأطفال آخرين وسبباً في المزيد من المتاعب لهم.

لذا كان من الضروري مراعاة الدقة حينما يقوم الأخصائي بتحديد وقت الجلسات، وعادةً ما يكون التحديد الأمثل لوقت الجلسات هو بعد مرور الأطباء بساعة ليكون الطفل بعيداً عن التوتر الملازم لزيارة الطبيب، خاصة مع انتظار تشخيص لأي عرض جديد، أو تغيير على جرح أو تركيب الحقن "الكانيولا" الخاصة بجرعات العلاجات المختلفة، وذلك نظراً لأهمية صفاء ذهن الطفل أثناء الزيارة ليستطيع أن يذكر ما استفادة من المواد القرائية من عدمه.

1) روي أليكساندر. أساسيات إدارة الوقت. – ط2. – المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير، 2005. – ص 14.

ومن خلال التطبيق الاكلينيكي للأطفال بمستشفى سرطان الأطفال 57357 وجد أن الوقت الأمثل هو الوقت الذي يرغب الطفل فيه في القراءة، كما وجد أن وقت حصول الطفل على علاجه من خلال جرعات الكيماوي والتي تستمر عدة ساعات متواصلة حتى صباح اليوم التالي وقتاً مثالياً للقراءة، نظراً لأن جرعات العلاج الكيماوي تتسبب في الإحساس بالرغبة في القيء، ودوار بالرأس، مما يزيد من إحساس الطفل بالتوتر. لذا وجد أن هذا الوقت هو الأفضل لدى الأطفال ليخفف عنهم حدة التوتر، وقد كانت هناك بعض الحالات التي ذكرت بالفصل الرابع ضمن تطبيق التجربة وثبت أن فترة تناول الجرعة مرت دون حدوث أي من المضاعفات التي كانت تحدث في الجرعات السابقة، كما أن الشكوى من النوم المتقطع والأحلام السيئة قد زالت تماماً في الأيام التي كانت تمارس فيها القراءة قبل الخلود للنوم، وكذلك قلت حدة العصبية والغضب في التعامل مع الآخرين وخاصةً مع مرافقيهم، كما حدث مع الحالة الرابعة بقاعدة بيانات الدراسة، وقد تم التعرض للحالة بالفصل الرابع من الدراسة، وهي لبنت بنهاية المرحلة العمرية الأولى فقد لاحظ أخوتها اختلاف سلوكها تماماً في الرد عليهم تليفونياً للاطمئنان عليها عما قبل، وقد لاحظت والدتها (المرافقة لها) تغير سلوكها الانفعالي منذ بداية القراءة في الفترات الليلية أثناء تناولها جرعة العلاج الكيماوي لحين خلودها للنوم مما يؤكد أن هذا الوقت مناسب لإحداث جلسات العلاج بالقراءة من خلال متابعة مرافق المريض، وأخصائي العلاج بالقراءة تليفونياً قدر الإمكان مع المرافق.

ولا شك أن عملية العلاج بالقراءة هي عملية مستمرة، لا ينبغي أن تتوقف عند حد معين طالما أنها بدأت، والمفروض على أخصائي العلاج بالقراءة أن يقوم بتطوير الأسلوب وفقاً لأحوال الطفل، وكذلك تنوع القراءات بما يتفق مع رغباته في إطار توجيهي من الأخصائي حتى يتحقق التوازن بين ما يريده الطفل، وما يفيده ويكون صالحاً له وفقاً لحالته النفسية والجسمية، بل وينبغي أن تستمر القراءة الموجهة حتى بعد الشفاء والخروج من المستشفى أثناء المتابعة المنتظمة للتأكد من استقرار الحالة النفسية بشكل جيد، ولإشعار الطفل بأن هذه الخدمة المتميزة من حقه الحصول عليها في أي وقت كلما شعر بالحاجة إليها.

**خامساً: مدة كل جلسة وعددها:**

تختلف مدة الجلسة من طفل لآخر، وفقاً لعمره، ومستواه العقلي، ومدى تفاعله، كما تختلف من الطفل الاجتماعي عن الطفل المنطوي قليل الكلام، كما أن الحالة المرضية والنفسية للطفل تتحكم في سرعة استجابته، وبالتالي في مدة الجلسة الكلية.

وعلى كل الأحوال لا ينبغي أن تطول مدة الجلسة عن ساعة واحدة حتى لا يشعر الطفل بالملل، ومن الممكن أن تنتهي خلال خمس وأربعين دقيقة وفقاً لمدى استجابة الطفل، هذا فيما عدا الجلسة الأولى والتي تتراوح من 90 إلى 120 دقيقة حيث إن الجلسة تطول باعتبارها جلسة تعارف، وتقارب بين أخصائي العلاج بالقراءة والطفل، وتعريفه بالقياسات النفسية التي يجيب عليها، والاستفسار حول النقاط والأسئلة المبهمة بالنسبة له، وكذلك التحدث مع المرافق وأهمية دوره في متابعة وتشجيع الطفل على قراءة القصص أو الكتب المخصصة له إيماناً منه بأهمية ذلك في سبيل استجابة أسرع للعلاج، ونفسية متوازنة، وتجنباً للظواهر النفسية المرضية مثل الخوف والقلق والاكتئاب. لهذه الأسباب تطول فترة الجلسة الأولى دون قلق من إحساس الطفل بالملل نظراً لتوزيع هذه المدة بين الطفل ومرافقه أياً كانت درجة قرابته للطفل المريض.

أما فيما يتعلق بعدد الجلسات القرائية التي يمكن أن تعقد مع الطفل بغرض تحسين حالته النفسية، والوصول إلى النتائج المرجوة، فلا يمكن تحديدها على الإطلاق، فمن الممكن أن تظهر النتائج الجيدة لدى بعض الأطفال مع نهاية الجلسة الثانية، وهناك حالات تحتاج إلى وقت أطول من ذلك وعدد أكبر من جلسات القراءة العلاجية، وهناك نوع ثالث من الحالات تصل إلى مرحلة متقدمة في سبيل تحسن أحوالهم النفسية، ثم يحدث لهم تراجع ملحوظ نتيجة لتدهور في الحالة الصحية، أو انخفاض المناعة للحد الذي ينصح فيه الطبيب بعدم الخروج من المستشفى لقضاء الفترة البينية بين الجرعة العلاجية والأخرى، مما يصيب الطفل بحالة مجددة من الاكتئاب بسبب خيبة آماله في قضاء هذه الفترة مع إخوانه وأقرانه، الأمر الذي يتطلب معه ضرورة دخوله في جلسات علاجية جديدة لاستعادة حالته النفسية من خلال قراءات جديدة، ومن الممكن متابعة الطفل أثناء متابعاته العلاجية المنتظمة للتأكد من عدم حدوث انتكاسة نفسية أخرى لأي سبب من الأسباب حال عودته لمنزله بين أقرانه، والمدرسة بين أترابه.

**سادساً: كيفية إدارة الجلسة:**

يقع على عاتق أخصائي العلاج بالقراءة أهمية كبيرة في الوصول لهدفه من خلال كيفية إدارته لهذه الجلسات، والتي تبدأ بالفعل منذ دخوله من باب غرفة الطفل، فلا ينبغي أن يدخل ويقوم بالتعريف بما سوف يقوم به مباشرةً، ولكن ينبغي عليه ملاحظة بعض الأمور البسيطة والتي قد تكون في غاية الأهمية لدى الطفل المريض ومرافقه في تقبله والتجاوب معه في كل ما يطلبه منه بعد ذلك، وهذه الملاحظات هي:

**١. الألوان التي يرتديها الأخصائي:**

الألوان التي يرتديها الأخصائي عند دخوله على الطفل وخاصةً في أول جلسة، لها عامل كبير في قدر الارتياح والألفة من جانب الطفل للأخصائي، فلا ينبغي أن تكون ألواناً داكنة لدرجة كبيرة كالأسود مثلاً، فيكون باعثاً للطفل على الاكتئاب والإحساس بالخوف منه، ويظل هذا الإحساس ملازماً للطفل بمجرد رؤيته في كل الجلسات، مما يقلل من الاستفادة، بل ويبعد عن الأهداف المرجوة من القراءة الموجهة، كما لا يصلح أن تكون الألوان براقة ومثيرة للدرجة التي يشعر فيها الطفل بالسخرية منه، مما لا يستقيم معه بعد ذلك للأخصائي أن يكون لديه القدرة على الإقناع وإدارة الجلسات بشكل صحيح.

**٢. التعارف للوهلة الأولى:**

الانطباع الأول يظل عالقاً بذهن الطفل لفترات طويلة، وربما طول حياته، لذا من الضروري أن يبدأ أخصائي العلاج بالقراءة عند دخوله غرفة الطفل المريض لأول مرة التحاور معه والسؤال عنه مباشرةً ومن خلال مرافقه، والتقرب للطفل قدر الإمكان بالسؤال عن هواياته، وفصله الدراسي، وإذا كان من هواة الرسم أو التلوين فمن الممكن وعده بإهدائه ألواناً ورسوماً لتلوينها. كل ذلك يجب أن يسبق بداية تنفيذ البرنامج، مما يجعله يتقبل كل التكليفات منه برغبة في المشاركة وحباً لشخصه، فالتعامل مع الأطفال له أساليب وفنون حتى يمكن اجتذاب الطفل، وينتقل هذا الشعور لمرافقه، فيكون المساعد على تنفيذ البرنامج والمتابع الجيد في إنجازه على أكمل وجه، مما يجعله يعطي ثماره المرجوة منه.

**٣. مكان جلوس الأخصائي:**

أياً كان مكان جلوس الأخصائي فهو قائد الجلسة، إلا أنه يجب مراعاة النواحي التي تؤثر على نفسية الطفل، من شعور بالتقارب النفسي، وأنه محور الاهتمام والرعاية، وهذا لا يتأتى إلا من خلال مراعاة الآتي:

أ) الجلوس بجوار الطفل، فيكون المقعد مجاوراً لسرير الطفل في منتصفه وليس على رأس السرير ليشعر الطفل بالاختلاف عن الجلسات الطبية الإرشادية والتي يتلقى فيها النصائح والتعليمات الطبية الهامة، أو الجلسات التعليمية التي يجلس فيها المعلم للمتابعة التعليمية كبديل للمتابعة بالمدرسة، مما يشعر الطفل

باختلاف هذه الجلسات في شكلها ومضمونها، وهذا الوقع المختلف لديه يجعله أكثر تجاوباً وتشوقاً لما هو مقدم عليه.

ب) الجلوس بنفس مستوى الطفل، فالارتفاع عن مستوى الطفل يشعره بأنه متلقي فقط، وليس متجاوباً ومشاركاً بالحديث.

ج) عدم التحدث في الوضع واقفاً بعد التعرف على الطفل والسؤال عنه، وعن أحواله لكي يخرج عن إحساسه بأنه أتى لإعطاء بعض النصائح أو العلاج ثم مغادرة الغرفة، ولكن ينبغي أن يشعر أنه محط اهتمام لاكتشاف قدراته وهواياته كما لو كان سوياً، وعدم شعوره بالحرمان من الأنشطة التي كان يمارسها قبل مرضه.

### ٤. درجة صوت الأخصائي في التحاور:

غرفة الطفل بالمستشفى قد تكون غرفة مزدوجة مع طفل آخر، وقد تكون غرفة فردية له بمفرده، لذا يجب أن يكون صوت أخصائي العلاج بالقراءة يوحي بالخصوصية للطفل، فلا يكون مرتفعاً فيشعر الطفل بعدم خصوصية الجلسة، ويسبب ذلك إزعاجاً للطفل الآخر، وخاصةً إذا كان الطفل الآخر في حالة صحية لا تسمح له بالمشاركة في البرنامج في هذا التوقيت، كما يشعر الطفل المستهدف بالعلاج بالحرج من مرافق الطفل الآخر، مما يشتت انتباهه، ويجعله أقل تجاوباً وتفاعلاً مع المسئول عن البرنامج.

أما في حالة الغرفة الفردية، فقد يشعر الطفل نتيجة لارتفاع الصوت بمشاركة مرافقه معه في الحديث، ويجعله ذلك أقل تجاوباً، كما أنه يكون حريصاً في بعض ردود أفعاله، ومتصنعاً في بعض الإجابات مراعاةً لمرافقه، وخاصةً إذا كانت والدته أو والده حرصاً منه ألا يسبب لهما مضايقات من بعض إجاباته العفوية.

لذا ينبغي الحرص على أن تكون درجة صوت الأخصائي أثناء الحديث بالجلسات درجة مناسبة ليست مرتفعة فتسبب حرجاً للطفل المستهدف بالعلاج، وليست منخفضة إلى الحد الذي يشعر فيه الطفل بضرورة التركيز معه مما يسبب له شعوراً بالإرهاق، كما أن مشاركة المرافق في بعض النقاط التي تساعده على معاونة الطفل في تنفيذ البرنامج من خلال قراءته للمواد القرائية وتفهمها، تجعل الأمر أكثر سهولة ومتعة للطفل من كونها عملية فردية دون مشاركة.

### ٥. التدرج الموضوعي في التحاور:

فن التحاور هو أساس الإقناع، لذا ينبغي على الأخصائي أن تكون لديه القدرة والأساليب المختلفة في عرض البرنامج بالشكل الأمثل على مرافق الطفل، وعليه إدارة الحوار بشكل مقنع، فيكون لدى الطفل ومرافقه ارتياح للمشاركة دون ريبة منهما في وجود أية أغراض شخصية أو إعلامية من الأخصائي تجاههم.

وينصح الأخصائي بالتسلسل المنطقي للحوار منذ دخوله من باب غرفة الطفل، ويمكن عرض ذلك على النحو التالي:

أ) إلقاء التحية، والسؤال عن أحوال الطفل من خلال المرافق ليكون هناك شعور بالاطمئنان من كلا الطرفين، ثم التوجه بالحوار مع الطفل والسؤال عنه.

ب) سؤال الطفل عن فصله الدراسي، وهواياته، وقدراته المختلفة، وما يحب من ألعاب وفنون، والاتفاق معه على مساعدته في إنجاز بعض هواياته الممكنة، فإذا كان محباً للتلوين والرسم، يتقرب له من خلال وعده بإحضار بعض اللوحات الخاصة بالتلوين، وعلب ألوان، وورق للرسم عليه، وكل ما يتعلق بالهوايات المحببة له من الجلسة التالية، وقبل بداية تنفيذ برنامج العلاج بالقراءة، ليكون ذلك بمثابة تشجيع له على المشاركة، وليطمئن إلى اهتمام الأخصائي به شخصياً بغض النظر عما جاء من أجله.

ج) عرض البرنامج القرائي للمرافق تفصيلاً، والغرض منه، وإقناعه بأهميته في علاج الطفل، ومساعدته على تقبل العلاج، وتحسن أحواله النفسية بالمشاركة في فعالياته.

د) عرض القياسات المختلفة والمخصصة لقياس الظواهر النفسية من خوف، وقلق، واكتئاب، وتركها له للإجابة عليها في حرية كاملة، مع إعلامه بمدى أهمية إجاباته وصدقها دون محاولة إرضاء الآخرين.

ه) قيام الأخصائي بعرض بعض القراءات المختلفة، وهي قراءات تمهيدية للاختيار منها ما يلائمه ويطيب إلى نفسه، حتى لا يشعر بالإجبار على قراءة كتاب بعينه، فاختياره الكتاب الذي سوف يقرؤه بنفسه، يجعله أكثر تشوقاً لقراءته واستمتاعاً به.

و) تتابع الجلسات القرائية التالية مع الاهتمام كل مرة بهواياته المحببة إليه، ومشاركته فيها.

**٦. استقطاب المرافق وإقناعه:**

يعول على مرافق الطفل بشكل كبير في إقناع الطفل بالمشاركة في برنامج القراءة الموجهة أو العلاج بالقراءة، فقد يكون الطفل محباً للقراءة، وراغباً في المشاركة، بينما ينتاب المرافق بعض المخاوف من مشاركة الطفل، وشعوره بأنه سيكون جزءاً من تجربة قد ترهقه عقلياً وجسدياً، أو يشعر أن ذلك يحدث لمجرد إقحام الطفل كمادة إعلامية، وأياً كانت تخوفات الشخص المرافق للطفل، يجب أن نعرف أن توعية المرافق أولاً بأهمية هذا النشاط، ودوره في العلاج وتحسن نفسية الطفل، مما يساعد على تحسن مناعته، وحالته الصحية، وتعريفه بعناصر هذا البرنامج، وضرورة مشاركته في قراءة الكتب التي يتم اختيارها، وأن هذا العمل مشاركة وموافقة من الطبيب المعالج، والطبيب النفسي، وفريق الخدمة الاجتماعية والنفسية مع أخصائي العلاج بالقراءة، وأن الجميع يتعاونون على علاجه، مما يجعل المرافق أكثر اطمئناناً لمشاركة الطفل، بل ويشجعه على المشاركة لتخفيف معاناة المرض والعلاج، والترويح عنه، ويكون أقل توتراً من إحساسه بالمعاناة لبعده عن رفاقه وإخوانه.

**٧. مصادقة الطفل قبل انتهاء الجلسة الأولى:**

تعتبر الجلسة الأولى من أهم الجلسات بالنسبة للأخصائي مع الطفل والمرافق له، ومنها يستطيع الأخصائي توقع مدى الإيجابية والمشاركة من عدمه، وما حجم المجهود الذي ينبغي أن يبذل في سبيل إقناع الطفل بالتفاعل تجاه هذا النوع من العلاج، كما أن الجلسة الأولى تنطوي على الانطباع الأول الذي يظل مع الطفل طوال الجلسات التالية، والذي يكون له معظم الأثر في الارتياح النفسي للطفل تجاه الأخصائي من عدمه، وهذا بدوره يؤثر على مدى الحصول على الأهداف الإيجابية والنتائج المرجوة من البرنامج.

لذا ينبغي أن يحرص الأخصائي على التقرب من الطفل بكل الوسائل الممكنة، ومشاركته في هواياته المختلفة، وذلك لتكوين صداقة بينه وبين الطفل يستطيع من خلالها الحصول على مشاركته عن اقتناع، وتنفيذ مختلف التكليفات دون شعور بالتكلف أو تنفيذه على سبيل الواجبات المفروضة، مما يجعل تنفيذ البرنامج بالشكل

الأمثل محققاً غاياته المنشودة، وبالتالي أفضل النتائج المنتظرة، والتي تؤدي بدورها إلى تحسن الأحوال النفسية والصحية، والشعور بالمشاركة في مختلف الأنشطة والتي يشعر بافتقادها عند دخوله المستشفى، وبعده عن المجتمع الذي نشأ فيه.

كل هذه النقاط تتطلب شخصية مميزة، ودرجة حضور عالية من الأخصائي، والتزام تام بتطبيق المعايير عند الحاجة لذلك، والمرونة إذا تطلب الأمر ذلك، لنصل إلى المستوى الأمثل والمنشود بالتأثير على نفسية هؤلاء الأطفال بشكل إيجابي نحو إقلال أو اختفاء الظواهر النفسية السلبية المختلفة من خوف وقلق واكتئاب نتيجة للإصابة بالمرض ومضاعفاته، والآثار السلبية للعلاج بجميع أشكاله سواء بالعقاقير أو بالجراحة، أو بالإشعاعات المختلفة، والتي تؤثر تأثيراً سلبياً بالغاً على معظم أعضاء الجسم في سبيل الشفاء من السرطان والقضاء على الخلايا الخبيثة بأجسادهم الضعيفة.

وفي ختام هذا الفصل الذي تضمن دراسة تطبيقية على الأطفال المرضى بالمستشفى يمكن أن نجمل النتائج المستخلصة والتوصيات المقترحة والتي تمثل خلاصة ما أمكن الخروج به من خلال الدراسة النظرية، وواقع التطبيق العملي مع أطفال مرضى السرطان بمستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357 وذلك للوصول بخدمة العلاج بالقراءة إلى حيز التنفيذ على المستوى الأكاديمي بتدريسه بالجامعات، وعلى المستوى التطبيقي داخل المستشفيات، مع التوسع في تطبيق مثل هذه البرامج لكافة الفئات العمرية، ومع مختلف الأمراض العضوية والنفسية الناجمة عنها.

# أولاً: النتـــائج

١. بزيارة العديد من المستشفيات للتعرف على المكتبات الملحقة بها، لوحظ أنه لا يوجد مكتبات لخدمة نزلاء المستشفيات من المرضى وذويهم، وإن وجدت فإنها تقتصر فقط على خدمة الأطباء والهيئة المعاونة لهم.

٢. تبين أثناء مراحل التطبيق لبرنامج العلاج بالقراءة وحتى إنجازه، ما يتميز به هذا المجتمع العلاجي وهو مستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357 موضع تطبيق البرنامج من وعي القائمين عليها، ومن توافر الآليات والإمكانات التي تساعد على القيام بتجربة تطبيق برنامج العلاج بالقراءة، وهذا بدوره يثير قضية الوسط الأصلح للعلاج بالقراءة، وهل تتساوى نتائجه عندما يمارس بهذا الوسط المتميز على المستوى الفردي والجمعي، وممارسته داخل وسط غير مؤهل بالإمكانات المختلفة من مكان مناسب، وأدوات مختلفة، وقوى بشرية مدربة. كل هذه الموضوعات تحتاج إلى فروض لاحقة وأبحاث واعدة.

٣. إن التحسن الملحوظ من خلال إجابات الأطفال على أسئلة مقاييس القلق والاكتئاب البعدية، والتي توضح انخفاض حدة القلق والاكتئاب بعد القراءة عما قبلها، وبشهادة الطبيب النفسي المعالج، يشير إلى أنه عند اتساع تطبيق مثل هذا البرنامج، فسوف يمكن استثماره في التخطيط لدور تخصص المكتبات والمعلومات في مجال تطبيق العلاج بالقراءة وارتباطه ببعض المجالات الأخرى مثل مجال الطب النفسي وعلم الأمراض وأعراضها، وذلك بإعداد أخصائي علاج بالقراءة على دراية بمختلف هذه المجالات التي تجعله أكثر تمكناً من المرحلة التطبيقية.

٤. ندرة القوى البشرية المدربة في مجال العلاج بالقراءة، وإن كان الجانب التطبيقي لهذه النوعية من العلاج غير متوفر بالمؤسسات العلاجية على اختلاف مستوياتها وتخصصاتها، فمن الطبيعي ألا تكون هناك خبرات في هذا المجال، كما أنه لا توجد أماكن ترعى هذه النوعية من الخدمات بالغة الأهمية وتقوم على تطويرها وتدريب العاملين بها.

٥. عدم توفر أهم أدوات هذه الخدمة وهي قوائم الإنتاج الفكري لأدب الأطفال وتضم كل ما كتب في مختلف الموضوعات وعلى تنوع مستوياته، على أن يكون مناسباً لعلاج الظواهر النفسية السيئة سواء كانت كتباً عادية أو قصصاً خيالية أو واقعية، ويمكن أن نجد نماذج عديدة من الإنتاج الفكري على مختلف مستويات المعالجة باللغة الإنجليزية أو اللغات الأخرى، بينما لا يتوفر ذلك في الإنتاج الفكري العربي سواء للكبار أو للأطفال.

٦. الافتقار إلى المعايير الواضحة لخدمة العلاج بالقراءة، فمعظم أخصائيي المعلومات الموجودين بمكتبات المستشفيات لا يعرفون خدمة العلاج بالقراءة وأهميتها للمرضى.

٧. إهمال دور العلاج بالقراءة وأهميتها في سبيل علاج المرضى، ليس فقط من جانب المستشفيات، بل إن الجهات الأكاديمية التي تقوم بتدريس المناهج المتعددة لخدمة مجال المكتبات والمعلومات تتجاهل تماماً خدمة العلاج بالقراءة وتدريسها كمقرر دراسي لكي يعرف خريجو المكتبات والمعلومات هذه الخدمة وكيفية تطبيقها والمجالات الأخرى الواجب التعرف عليها للتمكن من تطبيقها بالشكل الصحيح.

٨. لا يوجد تعارض بين العلاج بالعقاقير والمهدئات وبين العلاج بالقراءة، فقد ثبت بالتجربة مع العديد من الحالات بعينة الدراسة أنه منذ بداية جلسات العلاج بالقراءة وخاصةً قبل النوم، لم يعان الأطفال من النوم المتقطع نتيجة للكوابيس والأحلام السيئة التي كانوا يعانون منها، وأصبح الطفل أثناء تطبيق البرنامج يحتاج إلى جرعات أقل من المهدئات مع اضطراد التقدم في العلاج بالقراءة، وهذا يوضح أن هناك تناسباً عكسياً بين التقدم في العلاج بالقراءة وكم جرعات المهدئات التي يحتاجها الأطفال المرضى للتغلب على الظواهر النفسية السيئة.

٩. يستخدم من الناحية النظرية أي إنتاج فكري في العلاج، أما من الناحية العملية فنجد أن هناك فئات معينة من الإنتاج الفكري الذي يستخدم بفاعلية ونجاح في العلاج بالقراءة مثل الكتب السماوية والقصص الخيالية والواقعية، وكتب التراجم التي تتناول السير الذاتية، حيث أسفرت التجربة العملية على عينة الأطفال من مرضى السرطان أن قراءتهم قراءة واعية متعمقة لمقتطفات من قصص حياة

"لويس برايل"، و"هيلين كيلر"، و"طه حسين" وغيرهم، ساعدت بدرجة كبيرة على التوحد معها في تحدي الإعاقة وتحقيق الذات وهو ما يمثل تأثرهم بما قرؤوا (تقمص)، ويؤدي ذلك إلى استثارة لدافعيتهم، وهكذا يستخدم العلاج بالكلمة في ثلاثة أنواع من الأمراض التي تصيب الإنسان وهي (الأمراض النفسية البحتة)، و(الأمراض النفس عضوية) وهي حينما يتسبب المرض النفسي في مرض عضوي، و(الأمراض العضو نفسية) وهي حينما يترك المرض العضوي آثاراً نفسية[1] ودراستنا تقع في علاج النوع الثالث من الأمراض.

١٠. تبين من خلال القياسات النفسية القبلية ثم القراءة الموجهة لعدد من الجلسات ثم تكرار القياسات النفسية البعدية مدى انحسار الظواهر النفسية السيئة، وأن هناك درجة من التذبذب أو التوعك عند بعض الحالات لأسباب مختلفة مما يؤدي إلى تأخر رصد النتائج لفترات قد تطول. لذا يجب تتبع أفراد العينة ممن شملتهم التجربة بالمقاييس لفترات زمنية طويلة، واستمرار العلاج بالقراءة، مما يؤكد أن العلاج بالقراءة عملية مستمرة، لا تتوقف بمجرد تحسن الحالة، مما يتسبب في تراجع لمستوى الحالة النفسية.

وأخيراً يمكن القول بأن أزمة المرض النفسي من خوف وقلق وتوتر واكتئاب، والناتج عن المرض العضوي وهو مختلف أنواع سرطانات الأطفال تكاد تكون تعرية في نموذج مصغر لأزمة الإنسان المعاصر، وبالتالي يمكن أن نفترض من خلال هذه التجربة العملية إلى أي مدى نحن في حاجة إلى مزيد من التوازن والتكامل من خلال الكلمة والكتاب الجيد ذي الفكرة الصائبة لحالة مرضية بالتحديد تعيد لهذا الطفل تجاوزه واستغراقه في الخوف من المستقبل، وإحساسه بالوحدة والاغتراب بين عشيرته والتمزق النفسي الداخلي بين طموحاته الخلاقة وواقعه المؤلم العاجز عن تحقيق طموحاته، نتيجة لتعرضه لمرض قاس ينخر في بدنه الضعيف، فيزيد من إحساسه بالألم النفسي الذي يفوق ألمه الجسدي آلاف المرات، فالألم الجسدي سيشفى بإذن الله بالعديد من العلاجات ويبقى الألم النفسي في حاجة لوقت طويل وجهد مضنٍ من خلال العلاج بمختلف الوسائل الترويحية والتي من أصعبها وأفضلها تحديد الكلمة المناسبة وتقديمها بأسلوب متميز من خلال العلاج بالقراءة، فالعلاج بالقراءة لا يحتاج

1) شعبان عبد العزيز خليفة. العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا: وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، 2000. – ص 483.

إلى جهد ونشاط بدني يفتقر إليه الطفل المعتل جسدياً، وتكون القراءة هي النافذة الوحيدة التي يستطيع من خلالها أن يسبح بفكره وخياله إلى عوالم كثيرة، ليخفف ذلك من وطأة الضغط النفسي الذي يعانيه من مرضه الجسدي، وبعده عن أسرته وأترابه في رحلة علاجه.

## ثانياً: التوصيات والحلول المقترحة

تأسيساً على نتائج التطبيق العملي من خلال الدراسة التجريبية، يمكن طرح التوصيات المقترحة على النحو التالي:

١. حرص مديري المستشفيات والمؤسسات الصحية على ضرورة وجود مكتبة لخدمة المرضى وذويهم، فتكون هناك مساحة كافية لمكتبة الأطباء والهيئة المعاونة مع مكتبة المرضى وعمل قواطع تفصل بينهما، حيث لا يستقيم تقديم خدمات الأطباء والمرضى بنفس المكان، أو توفر مساحة مقبولة لكل مكتبة على حدة، إيماناً بأهمية دور القراءة العلاجية لتحسين الأحوال النفسية والعضوية.

٢. ينبغي أن تأخذ وزارة الصحة على عاتقها مسئولية عدم إعطاء تصريح المستشفى إلا بعد التأكد من اكتمال جميع ملحقات المستشفى، والتأكد من وجود مكتبة خاصة بالمرضى للتمكن من ممارسة العلاج بالقراءة.

٣. الحرص على تأثيث وتجهيز مكتبة المرضى بالأثاث والتجهيزات المناسبة وفقاً للفئة أو الفئات التي تخدمها المستشفى، وتخصيص ميزانية خاصة بها لاختيار وشراء ما أمكن من الإنتاج الفكري المناسب والتطوير المستمر لمجموعات العلاج بالقراءة من خلال ما يقوم به المتخصصون من اختيار وتزويد ما يناسب من كتب في مجال العلاج بالقراءة.

٤. ضرورة أن يتولى الإشراف على مكتبة المرضى أخصائي مكتبات ومعلومات، وأن يكون لديه خبرة في مجال العلاج بالقراءة.

٥. اهتمام المسئولين عن المكتبات الصحية بأن يتولى مهمة الاختيار والتزويد للمكتبة أو المكتبات الموجودة بالمستشفى أخصائي معلومات ذي خبرة بالمجال الطبي وعلم النفس بالتعاون مع الطبيب النفسي المعالج بالمستشفى، وأن يحاول الربط بين هذه النوعية من المكتبات التي تستخدم لعلاج المرضى بالقراءة

والمكتبة الأكاديمية المتخصصة والخاصة بالأطباء والعاملين من خلال تزويدها ببعض الكتب الخاصة بأهمية العلاج بالقراءة بمكتبة المرضى لنشر ثقافة هذه الخدمة بين الجميع.

٦. ضرورة أن يقوم بإعداد برنامج العلاج بالقراءة المتخصصون في مجال المكتبات والمعلومات، والطبيب النفسي، وفريق الخدمة الاجتماعية والنفسية الموجود بالمستشفى، كما يتم اختيار الكتب المخصصة لبرامج العلاج بالقراءة من خلال فريق عمل متكامل، فهو ليس حكراً على أحد دون الآخر إذا أريد لتطبيق البرنامج أن ينجح ويحقق أهدافه المرجوة.

٧. على المهتمين بمجال العلاج بالقراءة – من متخصصي المكتبات والمعلومات، والطب النفسي، وعلم النفس – التركيز بشكل أكبر على احتياجات الأفراد المستهدفين بالبرنامج بنفس قدر الاهتمام بالمجموعات المنتقاة وإعدادها الفني، وهذا يترتب على مهارة المعالج بالقراءة مع الطبيب النفسي، فالأطباء يمكن أن يحققوا نتائج علاجية مختلفة تماماً وذلك على الرغم من أنهم يستخدمون نفس العقار لنفس نوعية المريض "The Same Drug To The Same Kind of Patient"[(١)].

٨. ضرورة المرونة في إعداد برنامج العلاج بالقراءة، حيث إن لكل برنامج خصوصيته من حيث: الهدف، والمحتوى، والأفراد المستهدفين، وأسلوب التطبيق، وطريقة التقييم، فمن الطبيعي ألا يتفق اثنان من المعالجين بالقراءة على أسلوب العمل، والخطوات التي يقوم بها كل منهما، حيث يتدخل في تحديد ذلك عوامل مختلفة مثل: طبيعة المرضى، وفئاتهم العمرية، وطبيعة أمراضهم العضوية والنفسية، واختلاف مستوياتهم الاجتماعية والبيئية.

٩. ضرورة الاهتمام بإعداد القوى البشرية المدربة إعداداً نفسياً ومعلوماتياً في مجال العلاج بالقراءة من خلال إعداد الدورات التدريبية، والتعريف ببعض المجالات المعاونة لتقديم هذه النوعية من الخدمات المتخصصة، على أن تتولى منظمة الصحة العالمية هذه المهمة وتأخذ على عاتقها النهوض بهذه الخبرات في هذا

1) Meyer, V., and Chesser, E . Behaviour Therapy in Clinical Psychiatry . – London : Cox & Wyman Ltd., 1970 .

نقلاً عن:

ـ حسام الدين عزب. العلاج السلوكي الحديث: تعديل السلوك: أسسه النظرية، وتطبيقاته العلاجية والتربوية. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 1981. – 256.

المجال المعروف لدى معظم دول أوربا منذ عقود، وما تقوم به من ورش عمل لأخصائيي المعلومات الطبية بالمكتبات الطبية المصرية والعالمية، وذلك لحين تدريس هذه الخدمة بالجامعات الأكاديمية داخل أقسام المكتبات والمعلومات.

١٠. على الجهة التي تتولى إعداد القوى البشرية في هذا المجال أن توجه المعالج بالقراءة إلى ضرورة بناء علاقة وثيقة يسودها الود والثقة بينه وبين المستهدفين أولاً وقبل الشروع في تطبيق البرنامج، وهو ما يؤكده البعض صراحة بقولهم "بديهي أن المريض لن يتقبل المساعدة إلا عندما يكون على علاقة طيبة بشخصية المعالج، وأن العلاقة بين المريض والمعالج هي الأساس"[1].

١١. تركيز أخصائي العلاج بالقراءة على أداء ما عليه على أكمل وجه، وحرصه على أن يسير البرنامج وفق الخطوات المرسومة له طالما أنه راعى كل المتغيرات المختلفة أثناء وضع البرنامج. إذ إن تغيير البرنامج والتعديل فيه نتيجة لانطباعات وملاحظات المستهدفين مهما كانت صغيرة أو تافهة، هو بداية سقوط في هوة سحيقة تأخذه بعيداً عن تحقيق الهدف.

١٢. ضرورة أن تتولى منظمة الصحة العالمية وبعض الجامعات عمل توصيف وظيفي شامل لمن يرغب العمل في مجال العلاج بالقراءة.

١٣. ينبغي أن يتولى أساتذة المكتبات والمعلومات بمختلف الجامعات المصرية مهمة تدريس العلاج بالقراءة ضمن مقرراتها الدراسية كخطوة أولى نحو إعداد جيل من أخصائيي المعلومات قادرين على المشاركة ببرامج العلاج بالقراءة بمختلف الأماكن ولمختلف الفئات، وقد يتم ذلك من خلال تدريس العلاج بالقراءة كمقرر دراسي مستقل، أو وضعه ضمن أحد المقررات الملائمة والتي تدرس للطلاب بأقسام المكتبات والمعلومات في مصر، كذلك من الممكن إفراد شعبة خاصة به، فالعلاج بالقراءة له العديد من المقررات والمقررات المساعدة التي تجمع بين العديد من التخصصات.

١٤. أن تقوم دور النشر الكبرى بتوفير أدوات لضبط الإنتاج الفكري من خلال إعداد قوائم خاصة بالكتب الصالحة في مجال العلاج بالقراءة في مختلف المجالات، وبمختلف المعالجات من كتب علمية، وكتب شعر، ومسرحيات، وقصص واقعية

1) المرجع السابق نفسه. ص 255.

وخيالية، على أن تكون القوائم المعدة وفقاً لمستويات المعالجة، والاهتمام بشكل خاص بتوفير قوائم للإنتاج الفكري لأدب الأطفال الصالح للعلاج بالقراءة، وتوزيعها على مكتبات الأطفال العامة، ومكتبات المستشفيات التي تقوم بعلاج هذه الفئات على وجه التحديد مثل مستشفى سرطان الأطفال وغيرها.

١٥. دعوة كافة الكتاب والأدباء والمفكرين إلى تقديم أعمال أدبية عبر قنوات النشر والإعلام المختلفة تصلح لاستخدامها في العلاج بالقراة في مختلف المجالات وعلى تعدد مستويات المعالجة الأدبية من حيث الأسلوب والأفكار، وبتنوع الأشكال الأدبية من كتب علمية وقصص واقعية وخيالية، ومسرحيات، ودواوين شعر، خاصةً بعد التحول الذي يشهده هذا المجال من مجرد استخدام أعمال موجودة سابقاً والاعتماد عليها، إلى تأليف أعمال معدة عن قصد لعلاج أنماط معينة من الأمراض والمشكلات النفسية فيما يمكن أن يطلق عليه الإنتاج الفكري المعالج "Bibliotherapeutic Literature" على أن يعاون هؤلاء المفكرين والكتاب أساتذة متخصصون من أقسام علم النفس والطب النفسي بالكليات المختلفة بالجامعات المصرية والعربية من خلال هيئة تضم جميع المهتمن بهذا المجال.

١٦. الاهتمام من جانب الجمعيات المصرية والعربية بمجال علم النفس، وأقسام علم النفس والطب النفسي بمختلف الجامعات بمقاييس الأطفال لقياس الظواهر النفسية السيئة لديهم، ومراعاة الملاحظات الموجودة بالفصل الخامس والخاصة بطبيعة الأسئلة التي يجيب عليها الأطفال ومدى ملاءمتها لهم، والوضع في الاعتبار قوة الملاحظة لديهم أثناء الإجابة وخاصة على الأسئلة التي يتم تكرارها بغرض التأكد من صدق الإجابات، وكذلك الاهتمام بصحة هذه المقاييس لغوياً.

١٧. تقوم وزارة الصحة بالتعاون مع جمعية المكتبات المصرية ورجالات المكتبات بمصر على مستوى الجامعات الأكاديمية المختلفة بإنشاء جمعية مصرية للعلاج بالقراءة تتولى مسئولية التعريف بالعلاج بالقراءة ونشره على نطاق واسع، وتنمية البحوث والدراسات حوله، وأن تقوم هذه الجمعية بمسئولية اعتماد شهادات الإجازة لمن يرغبون في العمل في مجال العلاج بالقراءة من خلال عقد المؤتمرات السنوية، وحلقات النقاش، والدورات التدريبية، وإصدار النشرات والدوريات المتخصصة في هذا المجال سواء في شكل ورقي أو الكتروني.

١٨. أن تعمل هذه الجمعية على توطيد أواصر التعاون فيما بينها وبين المنظمات الدولية، وكذا المؤسسات والهيئات الحكومية وغير الحكومية والوزارات والجامعات التي في استطاعتها الإسهام في تطوير العلاج بالقراءة، نذكر منها على سبيل المثال: "لجنة العلاج بالقراءة" Bibliotherapy Committee بقسم المستشفيات Hospital Division of The American Library Association بجمعية المكتبات الأمريكية ALA والجمعية القومية للمعالجين بالشعر National Association Poetry Therapy . NAPT وأقسام المكتبات والمعلومات، والجمعية المصرية للمكتبات والمعلومات، ووزارات الصحة والتعليم العالي والثقافة والجمعيات الأهلية، وأقسام علم النفس والطب النفسي بالكليات المختلفة بالجامعات المصرية والعربية.

١٩. إعداد المزيد من الدراسات الأكاديمية حول العلاج بالقراءة بوجه عام على اختلاف محكات تصنيف فئاته النوعية، مثل الذكور مقابل الإناث، أو الأطفال مقابل الشباب وكبار السن، إلى غير ذلك من التصنيفات النوعية المختلفة.

٢٠. إعداد المزيد من الدراسات الأكاديمية التطبيقية التي تتناول بالبحث مختلف المشكلات النفسية والمتخصصة المرتبطة بمجتمعنا العربي، للوقوف على الملامح العامة لأنماط القراءات الملائمة لكل فئة من هذه المشكلات، لإمكانية عمل مصفوفات قرائية تصطف في جانب المشكلات، وفي مقابل كل مشكلة القراءات الملائمة التي اختبر بالفعل صدق تأثيرها في الفرد، مع تعدد هذه المصفوفات وفقاً لاختلاف مستويات المعالجة من أطفال، ومراهقين، وشباب، ومسنين، وذلك لمواجهة المشاكل البدنية، والنفسية، والاجتماعية المصابين بها ومواجهتها أو التعايش معها بأقل قدر من المعاناة.

٢١. استثمار ما تمخضت عنه الدراسات التي تتصدى للعلاج بالقراءة في التخطيط لتطور أسلوب من أساليب العلاج الموازي مستقبلاً من خلال التخطيط لإنشاء مكتبات للمرضى، (مثل الاهتمام بمكتبات الأطباء والمساعدين بمختلف المستشفيات وخاصة المستشفيات النفسية، وكذلك مستشفيات علاج السرطان لما له من أثر سيء على نفسية المريض، وما يعانيه من جراء العلاجات المختلفة مثل العلاج الكيماوي، والإشعاعي الذي يترتب عليه آثار سلبية على نفسية المريض).

٢٢. وأخيراً بعث الاهتمام من جانب المتخصصين بدراسات علم نفس الكتاب الذي يركز على التأثيرات المتبادلة بين القارئ والكتاب، والذي وضع أسسه العالم "نيقولاس روباكين" منذ أوائل القرن العشرين، مع توجيه الاهتمام لتوجيه مناهج وطرق البحث في هذا المجال، وخاصةً تلك التي تتمخض نتائج للقياس.

ومجمل القول أنه مهما تعددت توصيات الدراسة للأخذ بها أو ببعضها، فإن هناك حقيقة مؤكدة وهي أن العلاج بالقراءة على المستوى النظري أصبح يدرس في العديد من جامعات أمريكا وأوربا، وعلى المستوى التطبيقي فهو يطبق بالعديد من المؤسسات الصحية، والمستشفيات، ودور الصحة النفسية هناك، وقد أثبتت الدراسة التطبيقية على أطفال مرضى السرطان بمستشفى سرطان الأطفال – مصر 57357 أن هذه النوعية من نوعيات العلاج الموازي تساعد بقدر كبير على التحسن النفسي والبدني، وأن أطفالنا في أشد الاحتياج إلى مثل هذه الأنشطة والخدمات الترويحية التي تخفف عنهم معاناة المرض، وتنسيهم آلامه، وتفتح لهم أبواب الأمل وإمكانية التعايش مع أحوالهم الجديدة إلى أن يتم شفاؤهم بإذن الله تعالى.

# المراجع

- أولاً: المراجع العربية
- ثانياً: المراجع الأجنبية
- ثالثاً: مصادر الإنترنت

# أولاً ـ المراجع العربيـة


١. احمد بدر. الببليوثيرابيقا، أو العلاج بالكتاب والقراءة. – القاهرة: عالم الكتب، مج ١٤، ع٦ (نوفمبر – ديسمبر ١٩٩٣).

٢. احمد عبد الخالق، مايسة النيال. القلق لدى مجموعات عمرية مختلفة من الأطفال، المؤتمر الدولي للطفولة في الإسلام، (٩ – ١١ اكتوبر)، جامعة الأزهر، ١٩٩٠.

٣. احمد عكاشة وآخرون. المرشد في الطب النفسي. – القاهرة: منظمة الصحة العالمية، المكتب الاقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠٩.

٤. احمد عكاشة. الطب النفسي المعاصر. – القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية، [١٩٧٣].

٥. احمد محمد الشامي، سيد حسب الله. المعجم الموسوعي لمصطلحات المكتبات والمعلومات. – الرياض: دار المريخ، ١٩٨٨.

٦. احمد محمد غنيم. إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة. – القاهرة: كورنر بوك للنشر والتوزيع، ٢٠٠٥.

٧. القرآن الكريم، سورة آل عمران، آية ١٧٥.

٨. أحمد المزين؛ إشراف محمد فتحي عبد الهادي، أماني جمال. مكتبات المراكز الطبية المتخصصة بجامعة المنصورة: دراسة ميدانية. – المنوفية: كلية الآداب، جامعة المنوفية، ٢٠٠٨، أطروحة ماجستير.

٩. أسماء السرسي، أماني عبد المقصود. طفلك وتنمية تفاعله الاجتماعي. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 2007 . – 247 ص.

١٠. أسماء عبدالله العطية. الإرشاد السلوكي المعرفي لإضطرابات القلق لدى الأطفال. – الاسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨.

١١. أماني محمد محمد السيد. مكتبات المستشفيات في مصر: دراسة ميدانية، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم المكتبات والوثائق والمعلومات، ٢٠٠٠، أطروحة ماجستير.

١٢. أميرة عبد السيد غطاس. الخدمة المكتبية للمعوقين: دراسة للخدمات المكتبية التي تقدمها بعض مراكز خدمة المعوقين في القاهرة الكبرى ومدى إمكانية النهوض بتلك الخدمات، كلية الآداب – جامعة القاهرة، 1984، أطروحة ماجستير.

١٣. ب. ب. وولمان؛ ترجمة عبد العزيز القوصي، محمد عبد الظاهر الطيب. مخاوف الأطفال. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٥.

١٤. باتريك ماكفرات. تخفيف الآم السرطان عند الأطفال. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، 2010. – 23 ص.

١٥. جابر عبد الحميد، علاء كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي (انجليزي – عربي). – القاهرة: دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

١٦. جوي، لويس؛ ترجمة حمدي أحمد النحاس. التجهيزات الخاصة بمكتبات المستشفيات والمسائل المتعلقة باستعمالاتها. – مجلة اليونسكو للمكتبات، س١، ع٢ (فبراير ١٩٧١).

١٧. حامد عبد السلام زهران. الصحة النفسية والعلاج النفسي. – ط٣. – القاهرة: عالم الكتب، ١٩٩٧.

١٨. حسان نذير حرستاني. إدارة المستشفيات. – السعودية: معهد الإدارة العامة، الإدارة العامة للبحوث، ١٩٩٠.

١٩. حسن آل حمادة. العلاج بالقراءة في الأدب العربي، الفيصل، ع ٣١٠ (يونيو / يوليو)، 2002.

٢٠. حسن مصطفى عبد المعطي. المقاييس النفسية المقننة. – القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، 2009. – 524 ص. – (في الصحة النفسية؛ 8).

٢١. خولة احمد يحى، أيمن يحى عبد الله. التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ٢٠١٠.

٢٢. راشد الباز. تصور الممارسة المهنية لطريقة العمل مع جماعة مرضى السرطان، مجلة العلوم الاجتماعية، مج٨، ع٤، ٢٠٠٠.

٢٣. ربحي مصطفى عليان. تنمية مجموعات المكتبات الطبية. – عمان: دار صفاء، ٢٠٠٥.

٢٤. روي أليكساندر. أساسيات إدارة الوقت. – ط 2. – المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير، 2005. – 133 ص.

٢٥. ريتشارد، م. سوين؛ ترجمة احمد عبد العزيز سلامة. علم الأمراض النفسية والعقلية. – الكويت: مكتبة الفلاح، ١٩٨٨.

٢٦. ريز، جاريت. السرطان، ترجمة هيئة التحرير في أكاديميا انترناشيونال. – بيروت: أكاديميا انترناشيونال، ٢٠٠٢.

٢٧. زهير حنفي علي. الأصول العلمية في التنظيم الإداري للمستشفيات. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٨.

٢٨. زين عبد الهادي. فهرسة مصادر الانترنت: مراجعة علمية للإنتاج الفكري. – القاهرة: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، ٢٠٠٤ "في ندوة فهرسة مصادر الانترنت واستخدام معايير الميتاداتا".

٢٩. سرطان الدم الليمفاوي الحاد عند الأطفال. مركز الحسين للسرطان، الأردن. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، 2010. – 23 ص.

٣٠. سناء نصر حجازي. علم النفي الإكلينيكي للأطفال. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩. – ٢٣٩ ص.

٣١. سيد محمود جاد الرب. تنظيم وإدارة المستشفيات: مدخل النظم. – القاهرة: دار النهضة العربية، ١٩٩١.

٣٢. شعبان عبد العزيز خليفة. العلاج بالقراءة أو الببليوثيرابيا: وهو الحلقة الثالثة من الببليوجرافيا أو علم الكتاب. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، ٢٠٠٠.

٣٣. شعبان عبد العزيز خليفة. الكتب والمكتبات في العصور الوسطى: الشرق المسلم، الشرق الأقصى. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، ١٩٩٧.

٣٤. شعبان عبد العزيز خليفة. محاورات في مناهج البحث في علم المكتبات والمعلومات. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، ١٩٩٨.

٣٥. شلبي، رفعت؛ ترجمة جيفري كوبر. السرطان: دليل لفهم الاسباب والوقاية والعلاج. – القاهرة: المكتبة الاكاديمية، ٢٠٠٤.

٣٦. طلعت منصور وآخرون. أسس علم النفس العام. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨١.

٣٧. عبد الرحمن بدوي. مناهج البحث العلمي. – ط٣. – الكويت: وكالة المطبوعات، ١٩٧٧.

٣٨. عبد الرحمن سليمان. دراسة مقارنة لأثر أسلوبي التحصين التدريجي واللعب غير الموجه في تناول المخاوف المرضية من المدرسة لدى الأطفال المرحلة الابتدائية، جامعة عين شمس، كلية التربية، ١٩٨٨، رسالة ماجستير.

٣٩. عبد الستار ابراهيم. الاكتئاب والكدر النفسي: فهمه وأساليب علاجه منظور معرفي – نفسي ز – ط٢. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٨.

٤٠. عبد الستار الحلوجي. المستفيدون غير المستفيدين من المكتبات في الوطن العربي، نشر في أعمال الندوة العربية الثانية حول: "المستفيدون من خدمات المكتبات ومراكز التوثيق العربية"، جمع وتقديم وحيد حامد قدورة. – تونس: الجامعة التونسية، المعهد الأعلى للتوثيق، ١٩٨٦. – (منشورات مركز البحوث في علوم المكتبات والمعلومات، ع١٥).

٤١. عبد السلام عبد الغفار. مقدمة في الصحة النفسية. – القاهرة: دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

٤٢. عبد الفتاح الخواجا. مقدمة في برامج الإرشاد والعلاج الجماعي: بناء البرامج الإرشادية. – عمان: دار المستقبل للنشر والتوزيع، 2009. – 270 ص.

٤٣. عبد اللطيف صوفي. المكتبات الحديثة: مبانيها وتجهيزاتها. – ص ص ٤١ – ٤٣.

٤٤. عبد الله حسين متولي. مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة تطبيقية على مرضى الفصام. – القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، ٢٠٠٤.

٤٥. عبد المجيد طاش نيازي وآخرون. العلاج الفردي = Individual Therapy. – الرياض: مكتبة الرشد، ٢٠٠٧. – (سلسلة الخدمة الاجتماعية، قضايا مهنية؛ ٦).

٤٦. عبد المطلب القريطي. في الصحة النفسية. – القاهرة: دار الفكر العربي، ١٩٩٨.

٤٧. علاء الدين كفافي. الصحة النفسية. – القاهرة: هجر للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٠.

٤٨. عماد حمدي. العلاج الجمعي: دراسة دينامية لاتجاه مصري. – القاهرة: دار الغد للثقافة والنشر، ١٩٧٨.

٤٩. غريب عبد الفتاح غريب. مقياس د. للصغار (CDI) "الصورة الفصحى". – القاهرة: دار النهضة العربية، ١٩٩٢.

٥٠. فرج عبد القادر طه وآخرون. موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٩.

٥١. فيولا الببلاوي. مشكلات السلوك عند الأطفال: نماذج من البحوث في تحليل السلوك وتعديل السلوك عند الأطفال. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 1990. – 61، 63 ص.

٥٢. فيولا الببلاوي. مقياس القلق للأطفال. – القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ١٩٨٧.

٥٣. قاسم بدرانة. دليل العلاج التلطيفي. – عرابة البطوف، [فلسطين]: جمعية التاج للصحة والتراث، ٢٠٠٨.

٥٤. كاستانيدا، ماك كاندلس، بالرمو؛ ترجمة فيولا الببلاوي. مقياس القلق للأطفال. – القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٥٥. كالفن س. هول؛ ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، سيد احمد عثمان. علم النفس عند فرويد. – القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٨.

٥٦. لطفي فطيم. العلاج النفسي الجمعي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 1994. – 342.

٥٧. محمد أكرم بشناق. التحكم بالأعراض الجانبية للسرطان وعلاجه. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، ٢٠١٠.

٥٨. محمد أكرم بشناق. رسائل في العلاج التلطيفي. – فلسطين: مؤسسة السديل للرعاية التلطيفية لمرضى السرطان، 2010. – 13 ص.

٥٩. محمد أمين البنهاوي. العلاج بالقراءة في: عالم الكتب والقراءة والمكتبات. – القاهرة: العربي للنشر والتوزيع، ١٩٨٤.

٦٠. محمد جميل محمد. قراءات في مشكلات الطفولة. – ط٢. – السعودية: دار الكتاب الجامعي، ١٩٨٤.

٦١. محمد شحاتة ربيع. أصول علم النفس. – عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ٢٠١٠.

٦٢. محمد محمد الشيخ. قياس القلق لدى التلاميذ ومعايير للمقياس بدولة الإمارات. – القاهرة: مكتبة النهضة المصرية، ١٩٨٧.

٦٣. محمد مفتاح دياب. مكتبات المستشفيات والمراكز الصحية. – عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، ٢٠٠٦.

٦٤. محمد مفتاح دياب. معجم المصطلحات العلمية في علم المكتبات والتوثيق والمعلومات. – القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع، ١٩٩٥.

٦٥. محمود احمد عبد الرحمن. مكتبات الأندية الرياضية والاجتماعية بالقاهرة الكبرى: دراسة ميدانية. – جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم المكتبات والوثائق والمعلومات، ٢٠٠٧، أطروحة ماجستير.

٦٦. محمود السيد عبد الرحمن، معتز سيد عبد الله. الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم. دراسات نفسية، ع٣، مج٤. – ص ص٤١٥ – ٤٤٩.

٦٧. محمود محمود السجاعي. محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية: مدخل نظم المعلومات. – ط٢. – القاهرة: كورنر بوك للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨.

٦٨. ملاك جرجس. العلاج بالكتب. علم وفن. عالم المكتبات، س١، ع٥ (يوليو – أغسطس ١٩٥٩).

٦٩. ملاك جرجس. المكتبة تسهم في علاج الأمراض النفسية والعقلية. – عالم المكتبات، س١، ع٤ (مايو – يونية ١٩٥٩).

٧٠. منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط. الوقاية من السرطان ومكافحته = Cancer Prevention and Control. – الإسكندرية: المنظمة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ١٩٩٨. – (سلسلة ورقات العمل التقنية لإقليم شرق المتوسط).

٧١. منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط. إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم ٣٩٥. – جنيف: منظمة الصحة العالمية، ١٩٦٨.

٧٢. منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط. تخفيف آلام السرطان في الأطفال وتقديم الرعاية الملطفة لهم. – القاهرة: المنظمة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2001.

٧٣. منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط. البرامج الوطنية لمكافحة السرطان: السياسات والإرشادات الإدارية. – ط٢. – منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠٦.

٧٤. منير البعلبكي. المورد: قاموس إنجليزي عربي. – ط١٥. – بيروت: دار العلم للملايين، ١٩٨١.

٧٥. مها أرناؤوط. الآثار المتأخرة لمعالجة سرطان الأطفال، ترجمة الكتيبات الصادرة عن المركز الوطني للسرطان / الولايات المتحدة الأمريكية. – عمان، الاردن: [د.ن.]، ٢٠٠٥.

٧٦. هشام فتحي يوسف البغدادي، مها احمد السيد الشناوي. مكتبات المستشفيات والمراكز الطبية الجامعية ودورها في خدمة المجتمع: دراسة حالة، ورقة بحث قدمت بالمؤتمر القومي الثالث عشر، القاهرة، ٢٠٠٩.

٧٧. يحي الرخاوي. دراسة في علم السيكوباثولوجي (شرح سر اللعبة). – القاهرة: جمعية الطب النفسي التطوري، ١٩٧٩.

# ثانياً ـ المراجع الأجنبية


1. Abdel Monem Alhefnee. Encyclopedia of Psychology & Psycho-Analysis . – 4th.ed.. – Cairo: Madbooli Bookshop, 1994.
2. Albright, A.Leland, Pollack, Ian F., Adelson, David. Principlesand Practice of Pediatric Neurosurgery. – New York: Thieme, [2009].
3. American Council on Education Committee on Inter-Group Education Cooperating Schools. Reading Ladders for Human Relation. – 6th. Ed. – Washington: The Committee, 1981.
4. American Hospital Association. Classification of Health Care Institutions. – Chicago: American Hospital Association, 1974.
5. Anderson, Liz & Others . Self – help Books for Depression : How Can Practitioners and Make 5 Right Choice?. – Cathom Hill: University of Bistol, British Journal of General Practice, may, 2005, (55). – P.P. 387 – 392.
6. Anglin, Carlit. Providing Pediatric Psychosocial Support Through Patient Library Services in An Outpatients Hematology / Oncology Clinic, Primary Psychiatry. – 15, (7) 2008. – PP. 78 – 83.
7. Armstrong, Ruth C. Institutional Bibliotherapy: Current Exploration. – Taiwan: JoEMLS, Journal of Educational Media & Library Sciences, Vol. 20, No. 3, 2010.
8. Ballard, Thomas H. Library Buildings: from follows Function. – Library Journal. – Vol. 110 (Dec. 1985).
9. Beatty, William K. Historical Review of Bibliotherapy. – Library Trends, 14 Oct., 1962.
10. Behrman, Richard E. Nelson: Textbook of Pediatric. – Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000.

11. Bennett, Davids. Depression Among Children With Chronic Medical Problems: Ameta – Analysis. – Wales, UK: Cardiff University, 1993.

12. Breslow NE. & Others. Age Distributions, Birth Weights, Nephrogenic Rests and Heterogeneiy in the Pathogenesis of Wilms Tumor. – London: Saunders, 2006.

13. Brown, Eleanor Frances. Bibliotherapy and Its Winding Applications. – New Jersy, Crow Press, 1974.

14. Bryan, Alice I. Can There Be a Science of Bibliotherapy?. – Library Journal. – 64, (Oct., 15, 1939).

15. Canadian Standards for hospital libraries. Can. Med. Assoc, 112, May17,1997.

16. Catalano, Amy. Making a place for bibliotherapy on the shelves of a curriculum materials center: The case for helping pre-service teachers use developmental bibliotherapy in the classroom. – Education Libraries: Childrens Resources, Vol. 31, No. 3 (Spring 2008).

17. Cancer Preventive and Control. – Alexandria: WHO, 1997. – 45, 37 P. – (EMRO Technical Papers Series; 2).

18. Children's Cancer Hospital Egypt (CCHE) مستشفى سرطان = الأطفال-مصر. – Cairo: A.R. Publication Advertising, [2010]

19. Cooper, G. Cancer. – California, USA: Donald Jones Pub., 2002.

20. Corsini, Raymond J. Encyclopedia of Psychology. – 2nd. Ed. – New York: John Wiley & Sons, 1994.

21. Corsini, Raymond J. Encyclopedia of Psychology. – 2nd.ed.- New York: John Wiley & Sons, 1994.

22. Coville, w. j. Bibliotherapy: Some Practical Considerations Hospital Progress. – 41 (April/May, 1960).

23. Crothers, S. M. A Literary Clinic', Atlantic Monthly, 118 P.

24. Dejong, Margaret., et.al. Depression in Pediatric Cancer: An Overview . – New York:, John Wiley & Sons, 2005.

25. Dorland's Illustrated Medical Dictionary. – 19th. Ed. – Philadelphia : Saunders, 1941.

26. Dunkel, Lisa M. Moral and Humans : Patients' Libraries in Early Nineteenth-Century American Hospital. – USA: Bull Med Libr Assoc, 1983.

27. Eleanor, Phinney. The librarianship and the Patient: An Introduction to Library Services for Patient in Health Care. - Chicago: ALA, 1977.

28. Elizabeth, Brewster. Medicine for The Soul' Bibliotherapy and The Public Library. (M.Sc. Thesis). – London: University of Sheffield, 2007.

29. Elser, Helen. Bibliotherapy in Practice, Library Trends, Vol. 30, no. 4, 1982.

30. Elser,Helen. Bibliography in Practice. – Library Trends, 1982.

31. Encyclopedia of Library and Information Science. edited by Allen Kent, Harold Lancour. – New York: Merces Dekker Inc., 1969.

32. Estey, Elithu H., Faderl, Stefan H., Kantarjian, Hagop. Acute Leukemias. – London, USA: Springer, 2008.

33. Fainsilber, Lynn., et.al. Pediatric Cancer and The Quality of Children's Dyadic Peer Interactions. – London : Society of Pediadtric Psychology, 2010. – Journal of Pediatric Psychology. – P.P. 6 – 19.

34. Feather, John & Paul Sturges. International Encyclopedia of Information and Library Science. – New York: Routledge, 1997.

35. Felder-Puig, Rosemarie & Others. Using a Children's Book to Prepare Children and Parents for Elective ENT Surgery: Results Of a Randomized Clinical Trial. – Ireland: Elsevier Science Ireland, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2003, 67. – P.P. 35 – 41.

36. Field,Andy. Discovering Statistics Using SPSS. – London: SAGE, 2009.

37. Fisher, Wenda Webster., Reel, Linda B., Kentucky, Louisville. Total Quality Management (TQM) in a Hospital Library: Identifying Service Benchmarks. – Bull. Med. Libr. Assoc., 80, (4), October 1992.

38. Floyd, Mark. Bibliotherapy as an Adjunct to Psychtherapy for Depression in Older Adults. – USA: Wiley Periodicals inc., 2003. – JCLP/in Session: Psychotherapy in Practice, Vol. 59(2).

39. Forgan, J. Using Bibliotherapy to Teach Problem-Solving. – New York: Morrowm 2002 . – International in School and Clinic, 38 (2).

40. Gardnerm و Ruth . Supporting Families: Child Protection in The Community. – London: John Wiley & Sons, 2003.

41. Glitz, Bery et.al. Hospital Library Service and The Changes in National Standards. – Bull. Med. Libr. Assoc., 86 (1), January, 1998.

42. Goldenson, Robert M. Longman Dictionary of Psychology and Psychiatry. – New York: Longman, 1984.

43. Gottschalk, Louis A. Bibliotherapy as an Adjunct in Psychiatry. – American Journalof Psychiatry. – 104, (April, 1948).

44. Guidelines for Libraries Serving Hospital Patients and The Elderly and Disabled in Long-Term Care Facilities, (IFLA Professional Reports; 61). – USA: IFLA Headquarters, 2000.

45. Hannigan, Margaret C. The Librarian in Bibliotherapy: Pharmacist or Bibliotherapist?. – USA: University of Illinois, Graduate School of Library and Information Scienc, 1962. – PP 184 – 198.

46. Havighurst, Robert J. Developmental Tasks and Education. – New York: Longmans, Green and Co., 1950.

47. Heath, Melissa Allen & Others. Bibliotherapy: A Resource to Facilitate Emotional Healing and Growth. - USA: Brigham University, 2010, School Psychology International, Vol.26 (5).

48. Helen, Mary. Hospital Libraries Post and Present. - USA: The Book Trolly, 1973.

49. Jackson, Evalene P. The Therapeutic Value of Books. - Modern Hospital. - 25, (July, 1995).

50. Jackson, Holbrook . The Anatomy of Bibliomania. - New York: Avenel Books, 1981.

51. Jones, J.LA closer look at bibliotherapy. YoungAdult Library Services, 2005.

52. Junier, Artmisia . A Subject Index to The Literature of Bibliotherapy 1900 - 1958 . ( Ph.D. Thesis ) . - USA : Atlanta University, 1959 .

53. Kamman, Gordon R. "The Role of Bibliotherapy in the Care of the Patient," Bulletin of the American College of Surgeons, 24: 183-184, June 1939. - PP 187 - 189.

54. Kinney, Margaret M. Bibliotherapy and The Librarian. - Special Libraries. - 37 ( July, /Aug.), 1962. - P.P. 175 - 180.

55. Kinney, Margaret M. The Bibliotherapy Program: Requirements for Training. - Library Trends. - (11), (Oct., 1962). - P.P. 127 - 135.

56. Klemens, Lynne. Are Handicapped Adolescents Interested in Reading Fiction with Handicapped Characters? (M.A. Thesis), Kean College, 1993.

57. Lenn, Lenn, Charlie, Kelly, Melissa. Designing and Evaluating A Read-Aloud Program for Hospitlized Children As Recreation Participation: A Bibliotherapy Approach. - Journalnof Undergraduate Research, Vol.2, 2004. - P.P. 1 - 9.

58. Lorenz, Dahlia. Creative Poetry Therapy: Products Analysis. (Ph.D. Thesis). - University of Haifa, 1993.

59. Masia & Morris. Anxiety Disorders in Children and Adolescent Clinical Presentation. – U.S.A.: Anxiety Disorders Association of America, 1998.

60. Mason, Mary Frank. What Shall The Patient Read?. – The Modern Hospital. – P.P. 74 – 77.

61. Mc Dougal, Sarah. Children With Cancer: Effects and Educational Implications. – U.S.A.: Indiana University, 1997.

62. Miller, Kenneth D. Medical and Psychological Care of the Cancer Survivor. – London: J and B Publisher, 2009.

63. Monroe, Margaret E. Reading Guidance and Bibliotherapy in Public, Hospital, and Institution Libraries. – Madison, Wisconsin: Univ. of Wisconsin Library School, 1971.

64. Nalin, Gupta., Banerjee, Anuradha., Haas-Kogan, Daphne. Pediatric CNS Tumors. – Berlin: Springer, 2010.

65. National Cancer Control Programmes: Politics and Managerial Guidelines. WHO. – 2nd. Ed. – Geneva: World Health Organization, 2002. 180 P.

66. New International Webster's: Comprehensive Dictionary of English Language . – Florida: Trident Press International, 1998.

67. Norton, T.L., & Vare, J.W. Bibliotherapy for gay and lesbian youth. Clearing House, Vol. 77(5), 2004.

68. O'Conner, Patrick. Determining The Impact of Health Library Services on Patient Care. – Health Information and Library Journal, (19). - Australia: Blackwell Science Ltd., 2002.

69. Ollendick, T.H. et. al. Fears in British Children and Their Relationship to Manifest Anxiety and Depression. Joural of Child Psychology and Psychiatry, 32, 2, PP 321 – 331.

70. Opler, Pauline. The Origins and Trends of Bibliotherapy as a Device in American Mental Hospital Libraries. – M.S. Thesis, San Jose State College. – 1969.

71. Orkin, Stuart H. and Others. Oncology of Infancy and Childhood. – Philadelphia: Sauders, 2009.

72. Pai, Ahna L. H. & Others. A Meta-Analysis of The Effects of Psychological Interventions in Pediatric Oncology on Outcomes of Psychological Distress and Adjustment. – Austrlia, Journal of Pediatric Psychology, 31, (9), 2010. – P.P. 978 – 988.

73. Pardeck, J. T. Using Bibliotherpy in Clinical Practice: A Guide to Self-Help Books. – Westport, CT : Greenwood Press, 1998.

74. Pardeck, John T. and M.J.Markward. Bibliotherapy: Using Books to Help Children Deal With Problems. – Early Child Development and Care, 106 (1995).

75. Pardeck, John T. Using Books in Clinical Social Work Practice, Westport, CT: Greenwood Press, 1995.

76. Parrish, Margarete. Social Work Perspectives on Human Behaviour. – USA: McGraw-Hill, 2010.

77. Pizzo, Philip A., Poplacl, David G. Principles and Practice of Pediatric Oncology. – 6th. Ed.. – London: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

78. Ralph G. Prescription: Books. – ALA Bulletin. – 48, (Mar. 1954).

79. Rongione, Louise A. Bibliotherapy: Its Nature and Uses. – Catholic Library World, 34(May/June, 1972).

80. Rubin, Rhea Joyce. Using Bibliotherapy: A Guide to Theory and Practice. – Phoenix: Oryx Press, 1978.

81. Rubinm, Rhea Joyce. Bibliotherapy: A Guide to Therapy and Practice. – Arizona: Oryx Press, 1978.

82. S.T.Waters. The Regional Medical Library and The Hospital Library. – Bull. Med. Libr. Assoc. 59, (2) Apr., 1971.

83. Schoch, Nate L. Bibliotherapy and Underrepresented Issues in Young Adult Literature: A Reference Gude. – Ms.c., The

Graduate School: Wisconsin, USA: University of Wisconsin-Stout, 2005.

84. Shaban A. Khalifa. Al- Benhawy of Library and Information Science Terms. – Memorial ed. – Cairo: Al- Arabi, 1991.

85. Shechtman, Zipora. Bibliotherapy: An Indirect Approach to Treatment of Childhood Aggressio, Child Psychiatry and Human Development, University of Haifa, Human Sciences Press, Vol.30(1), 1999, PP. 39 – 53.

86. Shinn, Matra. Content Analysis of Bibliotherapy Books on Childhood Depression. (Ph.D. Thesis). – USA: Walden University, 2007.

87. Singh, Arun D. Essentials of Ophthalmic Oncology. – USA: Slack Incorporated, 2009.

88. Smithm, Alice Gullen. Whatever Happened to Library Education for Bibliotherapy: A state of The Art in: Advances in Library Administration and Organization. – Vol. 1991.

89. Spielberger et. al. Understanding Stress & Anxiety. – London: Harper & Row Publishers, 1992.

90. Spielberger, et al. State - Trait Anxiety Inventory for Chtldren. – USA : STAIC, 1973.

91. Starbuck, Edwin D. A Guide to Literature for Character Training . – New York: Macmillan Co., 1928.

92. Staresmi, Mei Meni & Others. Treatment Refusal and Abandonment in Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia in Indonesia: an Analysis of Causes and Consequences. – New York: John Wiley & Sons, Psycho-Oncology, 19, 2010. – P.P. 361 – 167.

93. Stewart, Susan K. Autologous Stem Cell Transplants: A Handbook for Patients. – USA: bmt Pup., 1994.

94. Strauss, C. et. al. Association Between Anxiety and Depression in Children and Adolescent with Anxiety Disorders. Journals of Abnormal Child Psychology, 16, 1, PP 57 – 68.

95. Tews, Ruth . Encyclopedia for Library and Information Science. -New York: Dekker, 1986.

96. Tews, Ruth M. Bibliotherapy. - Library Trends. - Vol. 11,no. 2, 1986.

97. The ALA Glossary of Library and Information Science. - Chicago: American Library Association, 1983.

98. Thomson, Carol. Bibliotherapy and Anxiety Levels of 5th Graders. (Ph.D. Thesis). - USA: Walden University, 2009. - 110 P.

99. Turner, M. I. Bibliotherapy and Its Place Among The Sciences. (Ph.D. Thesis). - USA: University of Missouri, 1967.

100. Van, Dongen. Psychosocial Aspects of Childhood Cancer: Review of Literature, Journal of Psychology and Psychiatry, 37. - P.P. 145 - 180.

101. Wakefield, Claire E. & Others. The Psychological Impact of Completing Childhood Cancer Treatment: A Systematic Review of The Literature. - Australia: Cardiff University, Journal of Pediatric Psychology, 33, (3), 2010. - P.P. 262 - 274.

102. Warner, L. The myth of bibliotherapy. SchoolLibrary Journal, 1980, P.P. 107-111.

103. Webster's Encyclopedia Unabridged Dictionary of The English Language. - New York: Portland House, 1989.

104. Webster's Ninth New Collegiate Dictionary. Massachusetts: Merriam Webster Inc., 1991.

105. Weimerskirch, Philip J. Benjamin Rush and John Minson Galt, II: Pioneers of Bibliotherapy in America. - Bull Med Libr Assoc, 53 (4), (October 1965).

106. Wolman, Benjamin B. Dictionary of Behavioral Science. - 3rd. ed. - New York: Academic Press inc., 1989.

107. Wolpe, J. The Practice of Behaviour Therapy. – 4th. ed.. – U.S.A.: Pergamon Press inc. Child and Adolescent Psychiatry, 1990.

108. Yotnda, Patricia. Immunotherapy of Cancer. – London, New York: Springer, 2010.

109. Zaccaria, Joseph S. Bibliotherapy in Rehabilitation: Educational and Mental Health setting: Research and Practice. – Champaign: Stips, 1978.

110. Zimmermannm Arthur, Malogolowkinm Marcio. Pediatric Liver Tumors . – London, New York : Springer, 2011.

## ثالثاً ـ المصادر الالكترونية

1. http://www.eric.ed.gov, (Cited 9/2010)
2. http://www.libraryresearch.com, (Cited 9/2010)
3. http://archive.hawaaworld.com, (Cited 3/3/2012)
4. http://beyondpenguins.ehe.osu.edu/issue/polar-oceans/bibliotherapy-helping-students-one-book-at-a-time, (Cited 26/4/2012).
5. http://americanlibrariesmagazine.org/ask-ala-librarian/bibliotherapy,(Cited3/5/2012)
6. http://ar.wikipedia.org/wiki/, (Cited 7/2/2012).
7. http://archive.ifla.org/VII/s10/pubs/ChildrensGuidelines.pdf, (Cited 7/11/2012).
8. http://beta.57357.com/2011/, (Cited 15/3/2012).
9. http://bibliotherapy-kl.wikispaces.com/file/view/Bibliotherapy.pdf, (Cited 10/6/2012).
10. http://isc.sagepub.com/content/38/2/75.abstract, (Cited 7/6/2012).
11. http://library.umassmed.edu/hslnhvt/HospitalLibraryStandards2007.pdf, (Cited 3/4/2012).

12. http://lu.com/odlis_s.cfm, (Cited 11/3/2012).

13. http://nnlm.gov/rsdd/management/admin.html, (Cited 3/4/2012).

14. http://webcache.googleusercontent.com, (Cited 15/3/2012).

15. http://wendang.baidu.com, (Cited 13/3/2012).

16. http://wenku.baidu.com/view/164a9ada50e2524de5187e51.html, (Cited17/3/2012).

17. http://www.adamcs.org/ALL.htm, (Cited 13/2/2012).

18. http://www.adamcs.org/AML, (Cited 13/2/2012).

19. http://www.adamcs.org/cancertypes.htm, (Cited 11/2/2012).

20. http://www.adamcs.org/CNS.htm, (Cited 15/2/2012).

21. http://www.adamcs.org/latefect.htm, (Cited 23/2/2012).

22. http://www.adamcs.org/pediacancer, (Cited 7/2/2012).

23. http://www.adamcs.org/RMS.htm, (Cited 19/2/2012).

24. http://www.adamcs.org/surgery.htm, (Cited 20/2/2012).

25. http://www.altebalrawhane.com, (Cited 25/2/2012).

26. http://www.alyaseer.net/vb/showthread.php?t=5833, (Cited 3/4/2012).

27. http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/search, (Cited 7/6/2012).

28. http://www.ericdigests.org/2003-4/bibliotherapy.html, ( Cited 17/4/2012).

29. http://www.indiana.edu/-eric- rec/ieo/digests/d82.html, (Cited 22/4/2012) Aiex, Nola Kortner . Bibliotherapy .

30. http://www.kellybear.com/TeacherArticles/TeacherTip34.html,(Cited 22/4/2012).

31. http://www.mlanet.org/sections/unit-history/hospital.html,Hospital Libraries Section History, (Cited 12/3/2012).

32. http://www.m-w.com/cgi-bin/mweb,(cited12/4/2012).,
www ebster Dictionary- Search Screen .

33. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC198327/, (Cited 1/5/2012).

34. http://www.poetrytherapy.org/main.html,(Cited29/4/2012),The National Association for Poetry Therapy (2001).

35. http://www.teachkidshow.com/teach-your-child-to-write-a-book-report, (Cited 8/4/2012).

36. http://www.vb.admal.com, (Cited 9/2/2012).

37. http://jhuebnergiftededucation.wmwikis.net/file/view/Gifted+Program+Plan.pdf, (Cited 7-8-2012), Huebner, Jennifer. Bibliotherapy Program Plan for Norge Elementary School, 2010.

# الملاحـــق

- ملحق (١) قاعدة بيانات الدراسة
- ملحق (٢) مقياس القلق للأطفال
- ملحق (٣) مقياس الاكتئاب
- ملحق (٤) تقرير عن الكتب المخصصة للمرحلتين
- ملحق (٥) أسئلة على كتاب تمت قراءته
- ملحق (٦) المصطلحات الواردة بالكتاب

# الملحـــق الأول

- قاعدة بيانات الدراسة التطبيقية

## قاعدة بيانات الدراسة التطبيقية

| رقم ح. | درجة ق.ق. | مدلولها | درجة ق.ب. | مدلولها | درجة ا.ق. | مدلولها | درجة ا.ب. | مدلولها | العمر | مرحلة عمرية | النوع | التشخيص | تاريخ بداية ت. | تاريخ نهاية ت. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 26 | متوسط | 23 | متوسط | 16 | متوسط | 9 | متوسط | 8 | 1 | ولد | AML | 25/05/2011 | 07/06/2011 |
| 2 | 20 | متوسط | 14 | منخفض | 10 | متوسط | 7 | معتدل | 9 | 1 | ولد | AML | 25/05/2011 | 08/06/2011 |
| 3 | 33 | مرتفع | 15 | منخفض | 9 | متوسط | 6 | معتدل | 13 | 2 | بنت | O.S. | 31/05/2011 | 22/06/2011 |
| 4 | 25 | متوسط | 20 | متوسط | 8 | متوسط | 3 | لا يوجد | 12 | 1 | بنت | E.S. | 05/06/2011 | 14/06/2011 |
| 5 | 21 | متوسط | 14 | منخفض | 16 | شديد | 12 | متوسط | 15 | 2 | ولد | ALL | 05/06/2011 | 14/06/2011 |
| 6 | 35 | مرتفع | 21 | متوسط | 30 | شديد | 15 | متوسط | 11 | 1 | بنت | ALL | 07/06/2011 | 12/07/2011 |
| 7 | 26 | متوسط | 9 | منخفض | 25 | شديد | 7 | معتدل | 12 | 1 | ولد | ALL | 08/06/2011 | 20/06/2011 |
| 8 | 41 | مرتفع | 24 | متوسط | 24 | شديد | 11 | متوسط | 13 | 2 | بنت | AML | 13/06/2011 | 19/06/2011 |
| 9 | 32 | مرتفع | 23 | متوسط | 22 | شديد | 5 | معتدل | 15 | 2 | ولد | ALL | 14/06/2011 | 23/06/2011 |
| 10 | 31 | مرتفع | 12 | منخفض | 24 | شديد | 11 | متوسط | 10 | 1 | ولد | O.S. | 15/06/2011 | 27/06/2011 |
| 11 | 28 | متوسط | 13 | منخفض | 22 | شديد | 7 | معتدل | 17 | 2 | ولد | ALL | 20/06/2011 | 27/06/2011 |
| 12 | 19 | متوسط | 13 | منخفض | 20 | شديد | 8 | متوسط | 12 | 1 | ولد | ALL | 20/06/2011 | 26/06/2011 |
| 13 | 29 | مرتفع | 20 | متوسط | 7 | معتدل | 3 | لا يوجد | 14 | 2 | بنت | ALL | 22/06/2011 | 12/07/2011 |
| 14 | 23 | متوسط | 14 | منخفض | 22 | شديد | 8 | متوسط | 8 | 1 | ولد | ALL | 30/06/2011 | 11/07/2011 |
| 15 | 21 | متوسط | 11 | منخفض | 6 | معتدل | 2 | لا يوجد | 12 | 1 | ولد | AML | 06/07/2011 | 25/07/2011 |

| رقم ح. | درجة ق.ق. | مدلولها | درجة ق.ب. | مدلولها | درجة ا.ق. | مدلولها | درجة ا.ب. | مدلولها | العمر | مرحلة عمرية | النوع | التشخيص | تاريخ بداية ت. | تاريخ نهاية ت. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | 29 | مرتفع | 9 | منخفض | 8 | متوسط | 7 | معتدل | 9 | 1 | ولد | M.B. | 06/07/2011 | 20/07/2011 |
| 17 | 26 | متوسط | 16 | منخفض | 9 | متوسط | 7 | معتدل | 8 | 1 | ولد | ALL | 11/07/2011 | 19/07/2011 |
| 18 | 37 | مرتفع | 26 | متوسط | 13 | متوسط | 7 | معتدل | 9 | 1 | ولد | N.B. | 12/07/2011 | 21/07/2011 |
| 19 | 31 | مرتفع | 22 | متوسط | 13 | متوسط | 6 | معتدل | 9 | 1 | ولد | ALL | 14/07/2011 | 21/07/2011 |
| 20 | 31 | مرتفع | 29 | مرتفع | 11 | متوسط | 7 | معتدل | 15 | 2 | بنت | O.S. | 19/07/2011 | 27/07/2011 |
| 21 | 33 | مرتفع | 20 | متوسط | 16 | شديد | 15 | متوسط | 13 | 2 | بنت | G.C.T | 21/07/2011 | 28/07/2011 |
| 22 | 37 | مرتفع | 28 | متوسط | 15 | متوسط | 12 | متوسط | 12 | 1 | ولد | N.H.L. | 26/07/2011 | 02/08/2011 |
| 23 | 35 | مرتفع | 20 | متوسط | 12 | متوسط | 7 | معتدل | 16 | 2 | ولد | AML | 26/07/2011 | 04/08/2011 |
| 24 | 23 | متوسط | 9 | منخفض | 11 | متوسط | 2 | لا يوجد | 11 | 1 | بنت | AML | 04/08/2011 | 22/08/2011 |
| 25 | 27 | متوسط | 19 | متوسط | 9 | متوسط | 7 | معتدل | 11 | 1 | ولد | AML | 09/08/2011 | 23/08/2011 |
| 26 | 34 | مرتفع | 28 | متوسط | 25 | شديد | 15 | متوسط | 16 | 2 | ولد | O.S. | 17/08/2011 | 25/08/2011 |
| 27 | 26 | متوسط | 18 | منخفض | 8 | متوسط | 7 | معتدل | 11 | 1 | بنت | AML | 18/08/2011 | 25/08/2011 |
| 28 | 30 | مرتفع | 26 | متوسط | 12 | متوسط | 8 | متوسط | 15 | 2 | ولد | ALL | 14/09/2011 | 22/09/2011 |
| 29 | 19 | متوسط | 17 | منخفض | 6 | معتدل | 4 | لا يوجد | 12 | 1 | ولد | ALL | 14/09/2011 | 21/09/2011 |
| 30 | 29 | مرتفع | 27 | متوسط | 5 | معتدل | 3 | لا يوجد | 12 | 1 | ولد | AML | 15/09/2011 | 25/09/2011 |
| 31 | 38 | مرتفع | 29 | مرتفع | 17 | شديد | 15 | متوسط | 10 | 1 | بنت | O.S. | 15/09/2011 | 22/09/2011 |
| 32 | 30 | مرتفع | 22 | متوسط | 13 | متوسط | 8 | متوسط | 16 | 2 | ولد | O.S. | 19/09/2011 | 26/09/2011 |

| رقم ح. | درجة ق.ق. | مدلولها | درجة ق.ب. | مدلولها | درجة أ.ق. | مدلولها | درجة أ.ب. | مدلولها | العمر | مرحلة عمرية | النوع | التشخيص | تاريخ بداية ت. | تاريخ نهاية ت. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 33 | 37 | مرتفع | 25 | متوسط | 9 | متوسط | 7 | معتدل | 10 | 1 | ولد | ALL | 21/09/2011 | 29/09/2011 |
| 34 | 37 | مرتفع | 29 | مرتفع | 19 | شديد | 11 | متوسط | 14 | 2 | ولد | AML | 21/09/2011 | 29/09/2011 |
| 35 | 20 | متوسط | 29 | مرتفع | 9 | متوسط | 17 | شديد | 11 | 1 | ولد | ALL | 22/09/2011 | 28/09/2011 |
| 36 | 24 | متوسط | 17 | منخفض | 17 | شديد | 15 | متوسط | 14 | 2 | بنت | G.C.T. | 22/09/2011 | 02/10/2011 |
| 37 | 35 | مرتفع | 27 | متوسط | 15 | متوسط | 8 | متوسط | 12 | 1 | ولد | ALL | 25/09/2011 | 03/10/2011 |
| 38 | 26 | متوسط | 18 | منخفض | 11 | متوسط | 7 | معتدل | 14 | 2 | ولد | ALL | 27/09/2011 | 05/10/2011 |
| 39 | 26 | متوسط | 17 | منخفض | 11 | متوسط | 5 | معتدل | 16 | 2 | ولد | ALL | 27/09/2011 | 05/10/2011 |
| 40 | 19 | متوسط | 16 | منخفض | 10 | متوسط | 6 | معتدل | 17 | 2 | ولد | O.S. | 28/09/2011 | 09/10/2011 |
| 41 | 23 | متوسط | 13 | منخفض | 13 | متوسط | 14 | متوسط | 14 | 2 | ولد | ALL | 02/10/2011 | 11/10/2011 |
| 42 | 28 | متوسط | 17 | منخفض | 10 | متوسط | 7 | معتدل | 9 | 1 | بنت | G.C.T. | 04/10/2011 | 16/10/2011 |
| 43 | 29 | مرتفع | 27 | متوسط | 8 | متوسط | 6 | معتدل | 11 | 1 | بنت | G.C.T. | 04/10/2011 | 19/10/2011 |
| 44 | 30 | مرتفع | 23 | متوسط | 9 | متوسط | 3 | لا يوجد | 11 | 1 | بنت | G.C.T. | 05/10/2011 | 16/10/2011 |
| 45 | 33 | مرتفع | 27 | متوسط | 17 | شديد | 13 | متوسط | 13 | 2 | ولد | ALL | 05/10/2011 | 20/10/2011 |
| 46 | 29 | مرتفع | 25 | متوسط | 17 | شديد | 14 | متوسط | 16 | 2 | بنت | ALL | 09/10/2011 | 17/10/2011 |
| 47 | 21 | متوسط | 18 | منخفض | 8 | متوسط | 4 | لا يوجد | 11 | 1 | بنت | W.T. | 09/10/2011 | 27/10/2011 |
| 48 | 33 | مرتفع | 26 | متوسط | 18 | شديد | 15 | متوسط | 11 | 1 | ولد | ALL | 10/10/2011 | 18/10/2011 |
| 49 | 29 | متوسط | 15 | منخفض | 8 | متوسط | 3 | لا يوجد | 8 | 1 | بنت | ALL | 11/10/2011 | 20/10/2011 |

| رقم ح. | درجة ق.ق. | مدلولها | درجة ق.ب. | مدلولها | درجة ا.ق. | مدلولها | درجة ا.ب. | مدلولها | العمر | مرحلة عمرية | النوع | التشخيص | تاريخ بداية ت. | تاريخ نهاية ت. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 50 | 32 | مرتفع | 27 | متوسط | 13 | متوسط | 7 | متوسط | 13 | 2 | ولد | R.M.S. | 11/10/2011 | 19/10/2011 |
| 51 | 22 | متوسط | 17 | منخفض | 12 | متوسط | 8 | متوسط | 8 | 1 | بنت | ALL | 11/10/2011 | 20/10/2011 |
| 52 | 38 | مرتفع | 29 | مرتفع | 14 | متوسط | 6 | معتدل | 9 | 1 | بنت | O.S. | 13/10/2011 | 20/10/2011 |
| 53 | 24 | متوسط | 17 | منخفض | 10 | متوسط | 7 | معتدل | 15 | 2 | بنت | E.S. | 13/10/2011 | 19/10/2011 |
| 54 | 37 | مرتفع | 28 | متوسط | 17 | شديد | 14 | متوسط | 15 | 2 | بنت | ALL | 17/10/2011 | 24/10/2011 |
| 55 | 37 | مرتفع | 29 | مرتفع | 18 | شديد | 15 | متوسط | 14 | 2 | بنت | H.C.C. | 17/10/2011 | 25/10/2011 |
| 56 | 37 | مرتفع | 26 | متوسط | 21 | شديد | 16 | شديد | 14 | 2 | بنت | W.T. | 17/10/2011 | 25/10/2011 |
| 57 | 24 | متوسط | 17 | منخفض | 10 | متوسط | 6 | معتدل | 7 | 1 | بنت | W.T. | 18/10/2011 | 26/10/2011 |
| 58 | 29 | مرتفع | 26 | متوسط | 11 | متوسط | 7 | معتدل | 12 | 1 | بنت | ALL | 19/10/2011 | 27/10/2011 |
| 59 | 32 | مرتفع | 29 | مرتفع | 12 | متوسط | 8 | متوسط | 14 | 2 | بنت | O.S. | 19/10/2011 | 26/10/2011 |
| 60 | 32 | مرتفع | 27 | متوسط | 16 | شديد | 11 | متوسط | 12 | 1 | ولد | E.S. | 19/10/2011 | 26/10/2011 |

# الملحـــق الثانى

- مقياس القلق للأطفال

أولاً ـ المراجع العربيـة

# مقياس القلق للأطفال

(كراسة الأسئلة والإجابة)

تأليف

كاستانيدا، ماك كاندلس، بالزمو

إعداد

دكتورة فيـولا الببلاوي

صدر عن : مكتبة الأنجلو المصرية

## بيانات عامة

الاســــــــم : ..................

المدرســـــــة : ...................

تاريخ الميلاد : .....................

الصف الدراســي: ...........

الجنس: ولد/بنت: ............

---

**التعليمات:**

اقرأ كل عبارة من العبارات التالية بعناية. اعمل دائرة حول كلمة (نعم) إذا كنت تعتقد أن العبارة تنطبق عليك، أو اعمل دائرة حول كلمة (لا) إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك. أي أنك تجيب على كل عبارة إجابة واحدة بعمل دائرة واحدة حول (نعم) أو (لا).

**اقلب الصفحة وابدأ الإجابة**

| (١) | من الصعب علي أن أركز عقلي في أي شيء | نعم | لا |
|---|---|---|---|
| (٢) | أبقى عصبي لما يلاحظني حد وأنا بشتغل | نعم | لا |
| (٣) | أشعر إني لازم أكون أحسن واحد في كل شيء | نعم | لا |
| (٤) | وجهي يحمر بسرعة | نعم | لا |
| (٥) | أنا باحب كل واحد أعرفه | نعم | لا |
| (٦) | ساعات قلبي يدق بسرعة شديدة | نعم | لا |
| (٧) | ساعات باشعر اني عايز أصرخ | نعم | لا |
| (٨) | أتمنى لو أقدر أسيب المكان ده وابتعد عنه | نعم | لا |
| (٩) | يتهيأ لي ان الأطفال التانيين هايقدروا يعملوا حاجات بسهولة أكتر مني | نعم | لا |
| (١٠) | أنا دايماً باكسب في اللعب ومباخسرش | نعم | لا |
| (١١) | أنا بيني وبين نفسي باخاف من حاجات كتيرة | نعم | لا |
| (١٢) | أنا بشعر ان الأطفال التانيين لا تعجبهم الطريقة إللي باعمل بيها الأشياء | نعم | لا |
| (١٣) | أنا باحس إني لوحدي حتى لما يكون فيه ناس حوالية | نعم | لا |
| (١٤) | عقلي مش بيفكر كويس | نعم | لا |
| (١٥) | بابقى عصبي لما الامور ما تمشيش زي ما أنا عاوز | نعم | لا |
| (١٦) | أنا بحس بالضيق والزهق معظم الوقت | نعم | لا |
| (١٧) | أنا دايماً طيب | نعم | لا |
| (١٨) | أنا باتضايق من كلام والدي معايا | نعم | لا |
| (١٩) | ساعات كتير باحس إني مش قادر اتنفس كويس | نعم | لا |
| (٢٠) | أنا باغضب بسرعة | نعم | لا |
| (٢١) | أنا دايماً تصرفاتي صح | نعم | لا |

| | | | |
|---|---|---|---|
| (٢٢) | باحس كتير إن ايدية بتعرق | نعم | لا |
| (٢٣) | أنا بالاقي نفسي اروح دورة المياة (التواليت) أكتر من الناس التانيين | نعم | لا |
| (٢٤) | أنا باشعر ان الأطفال التانيين أسعد مني | نعم | لا |
| (٢٥) | يقلقني رأي الناس في | نعم | لا |
| (٢٦) | أنا بالاقي صعوبة في اني ابتلع الطعام والشراب | نعم | لا |
| (٢٧) | أنا بابقى مشغول ومهموم بأشياء بيبان بعدين ان ماكنش لها أهمية في الحقيقة | نعم | لا |
| (٢٨) | مشاعري تنجرح بسهولة | نعم | لا |
| (٢٩) | دايماً مشغول بأني كل حاجة أعملها تكون صح | نعم | لا |
| (٣٠) | أنا دايماً كويس | نعم | لا |
| (٣١) | دايماً عندي قلق على الأشياء اللي هتحصل بعدين | نعم | لا |
| (٣٢) | كتير ما أقدرش أروح أنام بالليل | نعم | لا |
| (٣٣) | يقلقني اني ازاي أكون كويس في المدرسة | نعم | لا |
| (٣٤) | أنا دايماً لطيف مع كل واحد | نعم | لا |
| (٣٥) | مشاعري تنجرح بسهولة لما حد يوبخني أو يؤنبني | نعم | لا |
| (٣٦) | أنا باقول الحقيقة في كل الأوقات | نعم | لا |
| (٣٧) | غالباً أشعر بالعزلة لما أكون مع الناس | نعم | لا |
| (٣٨) | ساعات باحس إن حد هيقوللي اني باعمل أشياء بطريقة غلط | نعم | لا |
| (٣٩) | أنا باخاف من الضلمة | نعم | لا |
| (٤٠) | ما أقدرش أركز في دراستي | نعم | لا |
| (٤١) | أنا عمري ما أغضب | نعم | لا |
| (٤٢) | كتير باحس بوجع في معدتي | نعم | لا |
| (٤٣) | أنا بابقى متضايق لما باخش أنام بالليل | نعم | لا |

| (٤٤) | في الغالب باعمل حاجات أتمنى إني ما كنش عماتها أبداً | نعم | لا |
|---|---|---|---|
| (٤٥) | كتير باحس إني عندي صداع (دماغي وجعاني) | نعم | لا |
| (٤٦) | باقلق كتير على إللي ممكن يحصل لوالديه | نعم | لا |
| (٤٧) | أنا عمري ما أقول حاجة ما يصحش أقولها | نعم | لا |
| (٤٨) | أنا باتعب بسرعة | نعم | لا |
| (٤٩) | من الحاجات الكويسة إن الواحد يحصل على درجات عالية في المدرسة | نعم | لا |
| (٥٠) | كتير باحلم أحلام وحشة | نعم | لا |
| (٥١) | أنا عصبي | نعم | لا |
| (٥٢) | أنا عمري ما أكذب | نعم | لا |
| (٥٣) | في الغالب باكون مشغول وقلقان من أي شيء وحش هيحصللي | نعم | لا |

# الملحـــق الثالث

- مقياس الاكتئاب

# مقياس (د) للصغار (CDI) "الصورة الفصحى"

إعداد

الدكتور غريب عبد الفتاح غريب

كلية التربية – جامعة الأزهر

قسم الصحة النفسية

الاســـم / ------------------- تاريخ اليوم / --------------------

المستوى العلمي / -------------- تاريخ الميلاد / --------------------

أحياناً ما يشعر الصغار والشباب ببعض المشاعر ويفكروا في بعض الأفكار، وفي هذه الكراسة بعض المشاعر والأفكار مكتوبة في صورة مجموعات، تتكون كل مجموعة من ثلاث عبارات، عليك أن تختار واحدة من كل مجموعة من العبارات ترى أنت أن هذه العبارة تصفك خلال الأسبوعين الأخيرين ثم قم بوضع علامة ( ✓ ) في المربع المجاور □ للعبارة التي اخترتها، وبعد ذلك انتقل إلى مجموعة العبارات التالية لها، وهكذا حتى تنتهي من كل المجموعات.

يجب أن تلاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة، ولكن المطلوب منك أن تختار عبارة واحدة من كل مجموعة، وتكون هذه العبارة هي التي ترى أنها تصف حالتك خلال الأسبوعين الاخيرين بما في ذلك اليوم.

**وعلى سبيل المثال أنظر المثال التالي:**

| | |
|---|---|
| ✓ | **أنا أقرأ الكتب طوال الوقت** |
| | **أنا أقرأ الكتب أحياناً** |
| | **أنا لم أقرأ كتب في حياتي** |

إذا كانت العبارة تنطبق عليك وتصفك في الاسوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ضع علامة (  ) في المربع المجاور لها تماماً كما رأيت في المثال السابق.

١٩٩٢

الناشـــــر

دار النهضة العربية

٣٢ ش عبد الخالق ثروت – القاهرة

تذكر انك تختار التي تصف مشاعرك وأفكارك في الأسبوعين الأخيرين:

١- 
- ☐ إني أشعر بالحزن أحياناً.
- ☐ إني أشعر بالحزن في أوقات كثيرة.
- ☐ إني أشعر بالحزن طوال الوقت.

٢- 
- ☐ كل ما يخصني لا يسير سيراً حسناً.
- ☐ أنا لست متأكداً من أن الأشياء والظروف سوف تسير سيراً حسناً.
- ☐ الأشياء والظروف سوف تسير سيراً حسناً بالنسبة لي.

٣- 
- ☐ أنا أعمل أغلب الأشياء بطريقة جيدة.
- ☐ أنا أعمل أشياء كثيرة بطريقة خطأ.
- ☐ أنا أعمل كل شيء بطريقة خطأ.

٤- 
- ☐ توجد أشياء كثيرة تسليني.
- ☐ بعض الأشياء والحاجات تسليني.
- ☐ لا يوجد شيء يسليني.

٥- 
- ☐ في كل الأوقات أنا سيء.
- ☐ في أوقات كثيرة أكون سيئاً.
- ☐ أحياناً أكون سيئاً.

٦- 
- ☐ أحياناً أفكر في أشياء سيئة (غير مستحبة) تحدث لي.
- ☐ أنا قلق ومشغول من بعض الأشياء السيئة أو غير المستحبة تحدث.
- ☐ أنا متأكد من أشياء سيئة أو غير مستحبة سوف تحدث لي.

٧- 
- ☐ أنا أكره نفسي.
- ☐ أنا لا أحب نفسي.
- ☐ أنا أحب نفسي.

٨- ☐ - كل الأشياء السيئة أو غير المستحبة تحدث بسببي أنا.
☐ - كثير من الأشياء السيئة أو غير المستحبة تحدث بسببي أنا.
☐ - لا تحدث الأشياء السيئة أو غير المستحبة دائماً بسببي أنا.

٩- ☐ - أنا لا أفكر في أن أقتل نفسي.
☐ - أنا أفكر في قتل نفسي ولكن لن أفعل ذلك.
☐ - أنا أريد أن أقتل نفسي.

١٠- ☐ - يومياً أشعر بأني أريد أن أبكي.
☐ - في أوقات كثيرة أشعر أني أريد أن أبكي.
☐ - أحياناً أشعر أني أريد أن أبكي.

١١- ☐ - توجد أشياء تضايقني دائماً.
☐ - توجد أشياء تضايقني أوقات كثيرة.
☐ - توجد أشياء تضايقني أحياناً.

١٢- ☐ - أنا أحب أن أكون مع الناس.
☐ - أنا لا أحب أن أكون مع الناس لإي أوقات كثيرة.
☐ - أنا لا أريد أن أكون مع الناس أبداً.

١٣- ☐ - أنا لا أستطيع أن أقرر أو أحدد رأيي في الأشياء.
☐ - من الصعب علي أن أقرر أو أحدد رأيي في الأشياء.
☐ - أنا أقرر أو أحدد رأيي في الأشياء بسهولة.

١٤- ☐ - أنا شكلي حسن.
☐ - يوجد بعض الأشياء في شكلي غير حسنة.
☐ - أنا شكلي غير حسن.

١٥- 
- يجب علي أن أدفع نفسي طوال الوقت حتى أكمل واجبات المدرسة.
- يجب علي أن أدفع نفسي أكثر من مرة حتى أكمل واجبات المدرسة.
- واجبات المدرسة ليست مشكلة كبيرة بالنسبة لي.

(تذكــر أنك تصــف حالك في الأسبوعين الأخيرين)

١٦- 
- كل ليلة يصعب علي النوم.
- في ليالي كثيرة يصعب علي النوم.
- أنا أنام جيداً.

١٧- 
- أشعر أحياناً أني مجهد أو متعب.
- أشعر في أوقات كثيرة أني مجهد أو متعب.
- أشعر طوال الوقت بالإجهاد أو التعب.

١٨- 
- في أغلب الأيام لا تكون لدي شهية للطعام.
- في أيام كثيرة لا تكون لدي شهية للطعام.
- أنا آكل بطريقة جيدة.

١٩- 
- أنا غير قلق من أي آلام أو أوجاع.
- في مرات كثيرة أكون قلقاً من بعض الآلام والأوجاع.
- طوال الوقت أكون قلقاً من الآلام والأوجاع.

٢٠- 
- أنا لا أشعر بالوحدة.
- في أوقات كثيرة أشعر بالوحدة.
- طوال الوقت أشعر بالوحدة.

٢١- 
- لم أشعر بالمتعة في المدرسة أبداً.
- أحياناً أشعر بالمتعة في المدرسة.
- في أوقات كثيرة أشعر بالمتعة في المدرسة.

٢٢- ☐ - لدي أصدقاء كثيرون.
☐ - لدي بعض الأصدقاء ولكن أتمنى أن يكون لدي أصدقاء أكثر.
☐ - أنا ليس لدي صديق واحد.

٢٣- ☐ - عملي - شغلي - المدرسي جيد.
☐ - عملي المدرسي ليس جيداً كما كان من قبل.
☐ - عملي المدرسي سيء جداً في مواد كنت دائماً جيد فيها.

٢٤- ☐ - أنا لا يمكن أن أكون جيداً مثل باقي زملائي.
☐ - لو أردت فاني أستطيع أن أكون جيداً مثل باقي زملائي.
☐ - أنا جيد مثل باقي زملائي.

٢٥- ☐ - في الحقيقة لا أحد يحبني.
☐ - أنا لست متأكد من أن أحد يحبني.
☐ - أنا متأكد من أن بعض الأشخاص يحبونني.

٢٦- ☐ - أنا عادة أعمل ما يطلب مني .
☐ - في أغلبية الأوقات أنا لا أعمل ما يطلب مني .
☐ - طوال عمري لم أعمل ما يطلب مني .

٢٧- ☐ - أنا أنسجم مع الناس .
☐ - في أوقات كثيرة أجد نفسي متورطاً في مشاجرات .
☐ - طوال الوقت أنا أتورط في مشاجرات

المجمـــــوع ☐

| التطبيـــــق | فـــردي | جمـــــاعي |
|---|---|---|

النهـــــــاية
وشكـــراً للإجابة على الأسئلة

رقم الإيداع بدار الكتب ٢١/٣/٨٨

الترقيم الدولي ٢-٢٨٣٠-٠٤-٩٧٧

حقوق النشر محفوظة لمعهد القياس (د. غريب عبد الفتاح) لا يجوز بأي حال من الأحوال نشر أي جزء من المقياس أو نقله على أي نحو أو بأي صورة سواء كانت اليكترونية أو ميكانيكية أو بالتصوير أو التسجيل أو خلاف ذلك إلا بموافقة كتابية مسبقة من معهد المقياس ويخضع ذلك للقانون.

# الملحــق الرابع

## تقرير عن الكتب المخصصة للمرحلتين:

- الكتب المخصصة للمرحلة الأولى (من ٧ إلى ١٢ عام)
- الكتب المخصصة للمرحلة الثانية (من ١٣ إلى ١٨ عام)

# تقرير عن الكتب المخصصة للمرحلة الأولى

## من ٧ إلى ١٢ عام

### أولاً : كتب للقراءة التمهيدية:

١- كاميليا في زيارة الطبيب

٢- كاميليا تدخل المستشفى

يتميزا بإخراج شكلي ممتاز من حيث حجم البنط واضح، صور توضيحية ملونة تجذب الانتباه بكل صفحة، أسلوب بسيط لمعالجة سهلة، عدد صفحات كل كتاب 16 صفحة، والناشر مؤسسة المعارف ببيروت، وتعد من أكبر دور النشر في مجال كتب الأطفال على اختلاف مستوياتهم.

ونظراً لسهولة المادة العلمية مع كثرة الصور المصاحبة للنص فقد روعي أن تكون الكتب لغرض القراءة التمهيدية لأطفال المرحلة الأولى لتهيئة الجو النفسي للطفل بمادة خفيفة مع مراعاة أن تخدم المادة المقروءة الهدف من التجربة وهو مساعدة الأطفال على تخفيف حدة التوتر لديهم الناجم عن إصابتهم بالمرض ودخولهم المستشفى ومواجهة رحلتهم العلاجية دون إصابتهم بالاكتئاب والقلق مما يرفع من كفاءة الجهاز المناعي لديهم ويساعد ذلك بدوره على الاستجابة للعلاج وبالتالي سرعة الشفاء.

ويساعد الكتاب الأول على رسم صورة جميلة للطبيب المعالج، وبالتالي عدم الخوف منه، وخلق جو لطيف بين الطبيب وشخصية كاميليا المريضة، وتقوم بهذا الدور التلطيفي بينهما والدة كاميليا، بينما الكتاب الثاني يرسم نفس الصورة الجميلة ولكن للمستشفى وأنه قد يكون مكاناً مريحاً للاستشفاء مع ذات الشخصية السابقة وهي كاميليا حيث أنها هي بطلة السلسلة والتي تخيرنا منها هذين الكتابين.

## ثانياً : كتب للبرنامج القرائي:

**١- مشاعرك: من الحزن إلى السعادة**

**٢- هل أنت خائف؟: من الخوف إلى الشجاعة**

يتميزا أيضاً بإخراج شكلي ممتاز من حيث حجم البنط والصور التوضيحية المصاحبة للنص وملونة بكل صفحة من صفحات الكتاب كوسيلة جذب للأطفال والكتابين بغلاف مقوى Hard Cover والنص المصاحب بسيط من حيث الأسلوب واختيار الألفاظ مع الحفاظ على استخدام اللغة العربية وعدم الإخلال بها، والناشر للكتابين هو الدار المصرية اللبنانية، وهي أيضاً من دور النشر التي تتفوق في الإخراج الشكلي للكتب وخاصة كتب الأطفال.

والكتاب الأول يوضح ما الذي يجعل الطفل حزيناً أو سعيداً أو خائفاً؟ والكتاب يساعد الأولاد والبنات على معرفة المشاعر المختلفة التي يحسون بها، كما أن الكتاب يتضمن أنشطة تساعد الأطفال على فهم طبيعة هذه المشاعر، وبقراءة الكتاب سيكون الأطفال على علم كاف بمشاعرهم والتعامل معها مما يكون له أثر كبير في تكوين شخصيتهم، بينما الكتاب الثاني فيتناول مشاعر الخوف من أشياء كثيرة منها الخوف الذي يؤدي إلى الحذر وعدم الوقوع في مخاطر ومنها ما خوف مرضي يؤدي إلى الجبن والتردد، ويساعد هذا الكتاب الصغار على التعامل مع مخاوفهم بتحويلها إلى ألعاب، وشيئاً فشيئاً سوف يدرك الصغار أنه بالصبر وبمضي الوقت، سوف يتغلبون على مخاوفهم.

# تقرير عن الكتب المخصصة للمرحلة الثانية

## من ١٣ إلى ١٨ عام

### أولاً: كتب للقراءة التمهيدية:

١- لويـــــس برايـــــل

٢- حقيبة كبيرة من الهموم

الإخراج الشكلي للكتاب الأول جيد، والبنط متوسط وتوجد صور مصاحبة للنص غير ملونة، وقد قام بنشر الكتاب دار الشروق وهي دار نشر لها تاريخها في مجال الكتب والمراجع العلمية وكتب الأطفال المتميزة في الشكل والمضمون. والكتاب يروي قصة حياة (لويس برايل) بإيجاز شديد في حوالي 48 صفحة من القطع الصغير 20 x 13 سم، وقد ركز المؤلف على إظهار التحدي رغماً عن إعاقة البصر، وكيف كان يعيش لويس برايل في الظلام بالاعتماد على حاستي السمع واللمس، وما قام به أمام هذا التحدي باختراع نظام حروف خاصة لفاقدي البصر، وهو الذي يستخدم الآن ويعرف باسم نظام برايل.

أما الكتاب الثاني ذو إخراج شكلي جيد، بنط متوسط، صور مصاحبة للنص ملونة، ويقع في حوالي 20 صفحة وقامت بنشره دار البلسم للنشر والتوزيع بالقاهرة. وتقوم الكاتبة الانجليزية فرجينيا أيرنسايد برسم شخصية الطفلة الصغيرة (ملك) التي تسير خلفها همومها في حقيبة ضخمة زرقاء لاتتركها في أي مكان، وتقرر ملك أنها لابد أن تتخلص منها، وهذه القصة الطريفة سوف تروق للأطفال الذين يعانون أحياناً من بعض الهموم الخاصة بهم.

## ثانياً : كتب للبرنامج القرائي:

١- كيف نرى الأشيــاء

٢- كرسي يســع العـــالم

٣- عندما تتكلم الأصابع

الكتب الثلاث لها إخراج شكلي مقبول، بنط عادي، صور مصاحبة ملونة بمتوسط 23 صفحة، قام بالنشر دار البستاني للنشر والتوزيع، والكتب جميعها مترجمة، ومستوى المعالجة يتناسب مع المرحلة العمرية التي توجه لها الكتب مع مراعاة الأحوال الصحية التي لا تسمح بقراءة مادة قرائية مستفيضة بمعالجات ذات مستوى أعلى.

الكتاب الأول عبارة عن قصة جميلة حول شخص فقد بصره، ولكنه رغماً عن ذلك يعلم الآخرين كيف يرون الأشياء، أما الثانية فهي قصة ممتعة حول الإعاقة والفوارق الفردية والتسامح، أما الكتاب الثالث فهو عن إحدى الفتيات فاقدة السمع وتتمنى أن تسمع العالم من حولها، وأن تجد أصدقاء لها يحبونها ويتقبلونها كما هي في عالمها الصامت، ومن حسن حظها أن تعرفت على تامر الذي يفهم لغة الإشارة ويستطيع التحدث معها. ويحاول الكاتب فرانس جوزيف من خلال كتابه إظهار إمكانية التعايش والاستمتاع بالحياة من خلال المجتمع المحيط بنا رغماً عن وجود أي إعاقة بنا منذ الميلاد أو إصابتنا بإعاقة أثناء حياتنا وضرورة التعايش والتكيف معها وفي نفس الوقت لا تبعدنا هذه الإعاقة عن استمرار الحياة بشكل طبيعي والتفاعل معها والإبداع في مجالنا بكل الطرق.

# الملحــق الخامس

- أسئلة على كتاب تمت قراءته

# أسئلة على كتاب تمت قراءته

١. ما هو عنوان القصة التي قرأتها؟

٢. ما هي الشخصيات الأساسية في القصة؟

٣. أذكر تعليق موجز ليصف هذه الشخصية.

٤. ما الشخصية التي تفضلها؟ ولماذا؟

٥. ما هي أقل الشخصيات إعجاباً بها؟ ولماذا؟

٦. كيف كنت تحب أن تنتهي القصة؟

٧. ما الأشياء التي أعجبتك والتي لم تنال إعجابك بالقصة؟

٨. هل فضلت القراءة بغرفتك أم بالمكتبة؟

٩. ما الوقت الذي كان ملائماً لقراءة القصة؟

١٠. هل قرأت القصة بمساعدة شخص آخر نعم: لا:

١١. هل كنت تفضل أن تستمع إلى موسيقى أثناء القراءة؟

١٢. إذا كانت الإجابة بـــ (نعم) فمن هو الشخص الذي قام بمساعدتك؟

١٣. لخص القصة بوصف موجز.

١٤. ماذا تعلمت من القصـــة؟

١٥. أكتب رأيك في شكل الكتاب (القصة) من حيث الصور والألوان وشكل ال

# الملحـــق السادس

- كشاف هجائى بالمصطلحات الواردة بالكتاب

# كشاف هجائي بالمصطلحات المستخدمة

| | |
|---|---|
| Abreaction | التنفيس الانفعالي |
| Acute Lymphoblastic Leukemia | إبيضاض الدم الليمفاوي الحاد |
| Acute Lymphocytic Leukemia | اللوكيميا الليمفاوية الحادة |
| Acute Myeloid Leukemia | إبيضاض الدم النخاعي الحاد |
| Acute Stress Disorder | اضطراب الضغوط الحادة |
| Anaclitic Depression | الاكتئاب التكافلي |
| Anxiety | القـــــلق |
| Anxiety Disorder | القـــلق الحاد |
| Anxious | الشخص القلق |
| Bibliography | حصر الكتب |
| Bibliophile | محب الكتب |
| Bibliopsychology | علم نفس الكتاب |
| Bibliotherapia | التداوي بالكتب |
| Bibliotherapist | أخصائي العلاج بالقراءة |
| Bibliotherapy | العلاج بالقراءة |
| Bilateral | الورم الكلوي المزدوج أو الثنائي |
| Biological Response Modifier Therapy | العلاج المعدل للاستجابة الحيوية |
| Biological Therapy | العلاج الحيوي |
| Bon Marrow Transplantation | زرع النخاع العظمي |
| Brain and Spinal Cord Tumors | أورام الدماغ والحبل الشوكي |

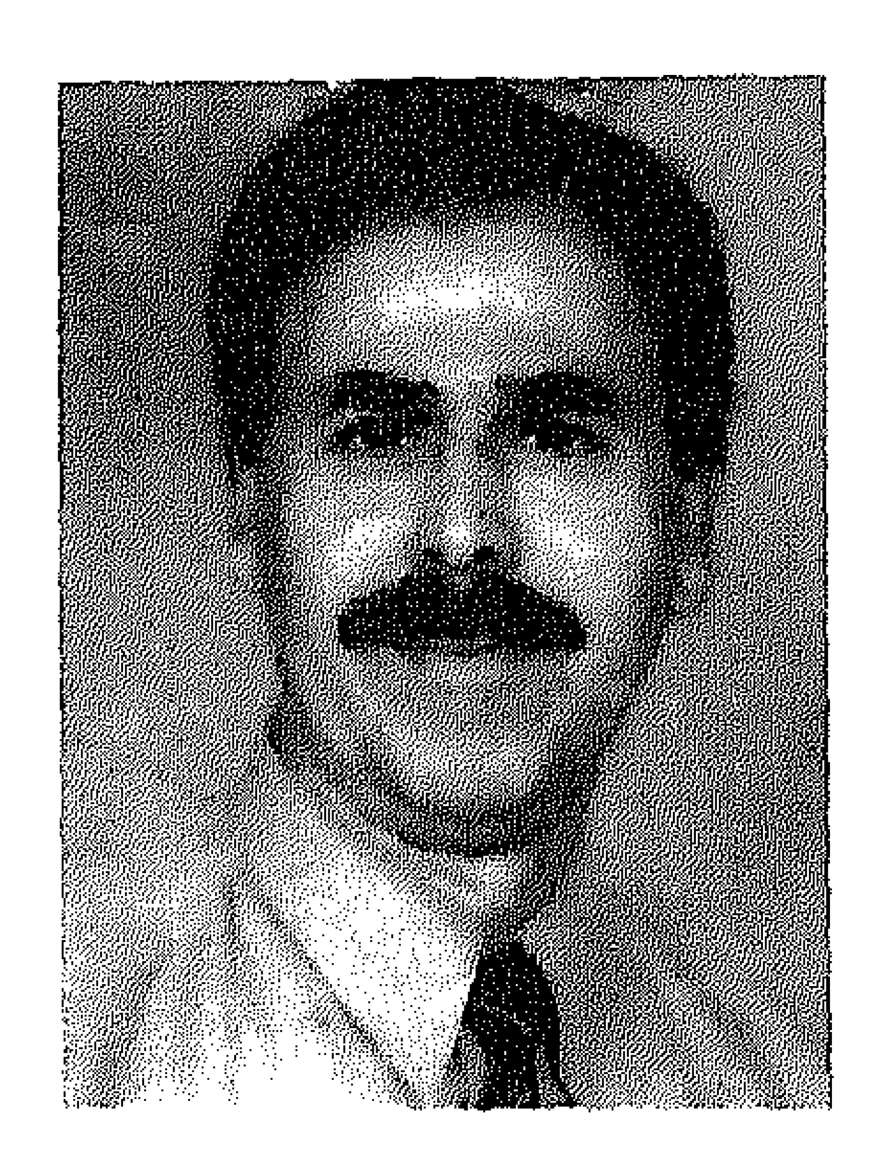
| | |
|---|---|
| Cancer | السرطان |
| Carcinoma | نوع من الخلايا السرطانية |
| Cataracts | إعتام عدسة العين / كدر العين |
| Catharsis | التفريغ |
| Cats Eye Reflex | إنعكاس عين القط |
| Chemotherapy | العلاج الكيميائي |
| Chronic Lymphocytic Leukemia | اللوكيميا الليمفاوية المزمنة |
| Chronic Myeloid Leukemia | اللوكيميا النخاعية المزمنة |
| Clinical Bibliotherapy | العلاج بالقراءة السريري أو الاكلينيكي |
| Cognitive Impairment | الضعف المعرفي |
| Computer Phobia | الخوف من التعامل مع الكمبيوتر |
| Conflict Anxiety | قلق الصراع |
| Contagious | قلق العدوى |
| Convalescent Bibliotherapy | علاج بالقراءة بعدي أو نقاهي |
| Depressive | الاكتئاب |
| Depressive Reaction | الاستجابة الاكتئابية |
| Developmental Bibliotherapy | العلاج بالقراءة التنموي |
| Dynamics | الديناميات (القوى المحركة التي تؤثر في المجال النفسي للفرد) |
| Eligibility Criteria | معايير محددة / معايير الأهلية |
| Ewing's Sarcoma | مجموعة أورام إيوينج |
| Fear | الخوف |
| Generalized Anxiety Disorder | اضطراب القلق العام |
| Germ Cell Tumor ( GCT ) | أورام الخلية الجرثومية |

| | |
|---|---|
| Glaucoma | مرض الماء الزرقاء |
| Group Base | العلاج الجمعي |
| Handicapped Readers | القراء المعاقين |
| Hepatocellular Carcinoma | سرطان الخلية الكبدية |
| Hodgkin's Disease | أورام هودجكن |
| Human Immunodeficiency Virus | نقص المناعة المكتسبة |
| Identification | التوحد / التقمص |
| Immunotherapy | العلاج المناعي |
| Insight | الاستبصار |
| Institutional Bibliotherapy | العلاج بالقراءة المؤسسي |
| Integrated Hospital Library | مكتبات المستشفيات المتكاملة |
| Intelligent Companions | الرفقاء الأذكياء |
| Interdisciplinary Education | التعليم البيني أو المتعدد الارتباطات |
| Intrathecal | الحقن الغمدي للعقاقير الكيماوية |
| Large Cell N.H.Lymphoma | الورم اللاهودجكن متسع الخلايا |
| Late Efects | المضاعفات المتأخرة |
| Leukemia | سرطان الدم / اللوكيميا |
| Leukokoria | البؤبؤ الأبيض |
| Loss Hearing Conductive | الصمم التوصيلي |
| Lymphoblastic Lymphoma | الورم الليمفاوي اللاهودجكن |
| Meduloblastoma | أحد أورام سرطان المخ |
| Moral | المعنـــوية |
| Moral Anxiety | القلق الخلقي |
| Near - Panic Reactions | استجابات الذعر والهلع |

| | |
|---|---|
| Neuroblastoma | أورام الأوليات العصبية |
| Neurotic Anxiety | القلق العصـــابي |
| Neurotic Depression | الاكتئاب العصابي |
| Non Hodgkin Lymphoma | الأورام الليمفاوية اللاهودجكن |
| Objective Anxiety | القلق الواقعي (الموضوعي) |
| Obsessive Compulsive Disorder | اضطراب الوسواس القهري |
| Obstacles | معوقات |
| One to Group Base (Client / Therapist and / or Facilitator) | العلاج الجمعي وهحد – لمجموعة (المعالج و/ أو الميسر – المرضى) |
| One to One Base (Client / Therapist and/Or Facilitator) | العلاج الفردي واحد – لواحد (المعالج و/ أو الميسر – المريض) |
| Osteoporosis | هشاشة أو ترقق العظام |
| Osteosarcoma | الأورام الجرنية بالعظام |
| Overanxious Disorder | اضطراب القلق الزائد |
| Palliative Care | العلاج التلطيفي |
| Panic | الذعــر |
| Panic Disorder With Agoraphobia | اضطراب الهلع مع الخوف من الأماكن المتسعة |
| Pediatric Cancer | سرطان الطفولة |
| Pediatric Oncology | أورام الأطفال |
| Peer Group Facictator | ميسر المجموعة المناظر |
| Phobia | الخوف المرضي / الفوبيا |
| Phobias | المخاوف المرضية |
| Posttraumatic Stress Disorder | اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة |
| Present Bibliotherapy | علاج بالقراءة آني أو حالي |

| | |
|---|---|
| Preventive Bibliotherapy | علاج بالقراءة قبلي أو وقائي |
| Psychiatry | الطب النفسي |
| Psycho-analysis | التحليل النفسي |
| Psycho-oncology | علم نفس الأورام |
| Psychotic Depression | الاكتئاب الذهاني |
| Radiotherapy | العلاج الاشعاعي |
| Reactive Depression | الاكتئاب التفاعلي |
| Renal Cell Carcinoma | سرطان الخلايا الكلوية النسيجي |
| Retinoblastoma | أورام أوليات الشبكية |
| Retinoblasts | تسرطن الخلايا الأولية للشبكية |
| Rhabdomyosarcoma | أورام العضلات المخططة الجرنية |
| Sarcoma | خلايا سرطانية من أنسجة العضلات |
| School Refusal Behaviour | سلوك رفض المدرسة |
| Selective Mutism | الصمت الاختياري |
| Self-help Programs | برامج مساعدة الذات |
| Separation Anxiety | اضطراب قلق الانفصال |
| Small Noncleaved N.H.Lymphoma | الورم اللاهودجكن ضئيل الخلايا |
| Social Phobia | المخاوف الاجتماعية |
| Soft Tissue Sarcoma | أورام الأنسجة الرخوة |
| State Anxiety | القــلق كحالة |
| Stem Cells Transplant | زرع خلايا المنشأ المولدة |
| Surgery | الجراحة |
| Synovial Tissue | الأنسجة الزلالية المحيطة بالمفاصل |
| Tension | التوتــــــر |

| | |
|---|---|
| Therapia | التداوي / الاستشفاء |
| Thymus | تضخم الغدة الصعترية |
| Trait Anxiety | القلق كسمة |
| Traumatic Anxiety | قلق الأذى أو الإصابة |
| Treatment | عـــــــلاج |
| Undifferentiated | غير المتمايزة |
| Unilateral | الورم الكلوي الاحادي |
| Wilm's Tumor (W.T.) | ورم ويلمز الكلوي |



## تعريف بالمؤلف

مواليد القـــاهره أغسطس ١٩٥٨

### المؤهــلات :

- ليسانس آداب قسم مكتبات ومعلومات – جامعة القاهره ١٩٨١
- ماجستير في المكتبات النوعية – مكتبات الأندية الرياضية والاجتماعية – بتقدير ممتـاز - جامعة القـاهره ٢٠٠٧
- دكتوراه في المكتبات في مجال العلاج بالقراءه لدى أطفال مرضى السرطان – بمرتبة الشرف الأولى مع تبادلها بين الجامعات - جامعة حلوان ٢٠١٢

### دورات تدريبيــــة :

- دورة ALIS الطبعة الموسعة برئاسة مجلس الوزراء – مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار ١٩٩٩
- دورة تنمية مهارات مديري الإدارات بجامعة القاهره ٢٠٠١
- دورة مفـاهيم نظام الجودة ٢٠٠٠٤
- دورة التزويــد في ظل البيئة الالكترونية بجامعة القاهره ٢٠٠٦

### خبرات عمليه :

- أخصائي مكتبات بالمكتبة المركزية بجامعة القاهره – إدارة المشروعات العلمية
- أخصائي أول مكتبات بمكتبة المعهد القومي للأورام
- أخصائي أول مكتبات بالمكتبة المركزية بجامعة القاهره – بالمتابعة الفنية
- تدريس المكتبات بمدارس المقررات بدولة الكويت
- أخصائي مصادر تعلم بسلطنة عمان بكليات التربية للمعلمين بصور وصحـار
- مدير المكتبة المركزية بمستشفى سرطان الأطفال – مصر ٥٧٣٥٧

المؤتمـــرات :

- المؤتمر القومي الخامس لأخصائي المكتبات والمعلومات بأسيوط ٢٠٠١
- مؤتمر أخصائي المكتبات الطبية بدول شرق المتوسط بمصر – منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٤
- المشاركة في فعاليات المؤتمر القومي التاسع لأخصائي المكتبات والمعلومات ببورسعيد ٢٠٠٥

E-mail : mahmoud.abdelrahman2009@gmail.com

OEP
مطبعة أكتوبر الهندسية
October Engineering Press

إعتاد الناس القراءة لأغراض بحثية ومعلوماتية ، أو للمتعة والترفيه من عناء العمل وصعوبة الحياة، أما أن تكون القراءة لأغراض علاجية لأمراض فسيولوجية كعلاج موازٍ مع الطبيب المعالج، فهذا هو موضوع هذا الكتاب الذى يهتم بالقراءة العلاجية للأطفال الذين يعانون من مرض السرطان وأعراضه الجسدية والنفسية المختلفة.

يجمع الكتاب العديد من التخصصات إلى جانب المكتبات والمعلومات كالطب النفسى وعلم النفس وعلم الأمراض ، إلى جانب العمل الإجتماعى، وكل ذلك يصب فى معاونة الطفل المريض لتحسين حالته النفسية، وبالتالى تحسين وتقوية جهازه المناعى مما يؤدى إلى سرعة الإستجابة للعلاج والشفاء التام.

يضم الكتاب خمسة فصول، يتناول الفصل الأول منها: المستشفيات ومكتباتها ومكتبات مستشفى ٥٧٣٥٧، ويتناول الفصل الثانى: العلاج بالقراءة من :نشأة ، تطور ، معوقات وممارسة ، أما الفصل الثالث فيتناول : الأنواع المختلفة لسرطان الأطفال والإضطرابات النفسية الناجمة عنها. بينما يتناول الفصل الرابع : التطبيق العملى للعلاج بالقراءة المتبع مع الأطفال المرضى والمقيمين بالمستشفى للعلاج ، أما الفصل الخامس والأخير فيتناول نتائج هذه الدراسة على الأطفال المرضى من خلال ستة محاور ، مع بعض التوصيات فى سبيل تطوير ونجاح العلاج بالقراءة كأسلوب موازٍ ومعترف به لدى الدول الأوربية وأمريكا منذ عام ١٩٣٠ .

والله ولى التوفيق ،،،

**الناشر**


Bibliotheca Alexandrina
12240524

ISBN: 978 - 977 - 281 - 515 - 9



**ACADEMIC BOOKSHOP**
EGYPTIAN JOINT-STOCK CO. CAIRO 2002